



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

정책학석사 학위논문

노인장기요양보험제도의 정책효과 평가

- 이용자 및 부양가족의 삶의 질을 중심으로 -

2019년 8월

서울대학교 대학원
행정학과 정책학 전공
이 현 주

초 록

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 6개월 이상 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 궁극적으로는 국민, 즉 이용자 노인과 부양가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 한다.

본 연구에서는 노인장기요양보험의 정책효과를 평가하기 위해 해당 제도의 최종 목표인 이용자 노인과 부양가족의 삶의 질 향상 여부를 연구 가설로 설정하였다. 가설 검정을 위해 한국복지패널데이터를 사용하여 2017년 노인장기요양보험을 이용한 가구원이 있는 가구의 구성원들을 실험집단으로, 비수급가구의 가구원들을 통제집단으로 구성하여 이들의 삶에 대한 전반적 만족도와 가족관계 만족도에 차이가 있는지를 평균차이분석(t-test)으로 확인하였다. 이때 선택편의(selection bias)를 줄이기 위해 성향점수매칭(Propensity score matching) 및 역확률 가중치분석법을 활용하여 실험집단과 통제집단을 구성하였다.

분석 결과 성향점수매칭으로 실험집단과 통제집단을 구성한 경우 전반적 만족도 및 가족관계 만족도에 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 역확률 가중치 분석을 실시한 경우 실험집단의 전반적 만족도와 가족관계 만족도가 통제집단보다 유의미하게 낮았다. 이는 선행연구들의 연구 결과와 일치한다.

이러한 결과가 나타나게 된 원인을 찾고 아울러 노인장기요양보험 제도에 대한 보다 종합적인 평가를 진행하고자 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 노인장기 요양보험제도를 하나의 프로그램으로 보고 투입과 산출, 활동과 결과로 나누어 각각의 단계에 대한 분석과 평가를 추가적으로 실시하였다.

그 결과 2017년 노인장기요양보험 수급 가구의 가구원들의 삶에 대한 전반적 만족도와 가족관계 만족도가 비수급 가구의 만족도에 비해 낮게 나타나는 현상에 대해 본 연구에서는 다음과 같은 두 가지 해석을 제시하였다. 첫 번째는 여러 선행연구들에서 제시되었듯 노인장기요양보험 이용자 노인의 입장에서는 돌봄 체계가 사회화되기 이전, 가족 수발자에 의해 보호를 받았을 때가 더 삶의 만족도나 가족관계 만족도가 높았을 수 있다는 해석이다. 돌봄을 받는 노인은 돌봄 노동을 제공하는

사람과의 관계나 그들과의 정서적 공감을 중시하기에, 가족과 친구 등의 비공식 수발을 공식적 수발보다 선호한다고 한다. 또한 현재 노인장기요양 서비스를 이용하는 노인들은 전통적인 가족 부양에 익숙한 세대로서, 가족이 아닌 제3자에 의해 돌봄을 받는다는 사실 자체에서 오는 불만이 있을 수 있다.

두 번째 해석은 노인장기요양보험 제도 자체가 갖는 여러 문제점들로 인해 기대했던 제도 효과가 나타나고 있지 않을 가능성이다. 즉 이용자 노인 및 부양가족이 기대하는 수준의 양질의 서비스가 제공되지 못하고 있을 수 있다는 것으로, 프로그램 논리모형에 따르면 요양보호사들의 처우 문제, 이로 인한 잦은 이직 등으로 인해 돌봄 관계의 지속성이 유지되지 못하고 양질의 서비스 제공이 어려운 문제가 발생하고 있다. 또한 입소시설 및 재가요양기관들의 대부분이 영세한 규모이다 보니 양질의 서비스가 제공되고 있지 못할 가능성이 높다. 이러한 요인들은 결국 이용자노인과 부양가족의 삶의 질, 즉 전반적 만족도와 가족관계 만족도에 부정적인 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다.

본 연구는 노인장기요양보험이 시행되고 10여 년이 지난 시점의 데이터를 이용하였기에 제도가 충분히 성숙된 후의 데이터를 사용하여 평가를 진행하였다는 점, 성향점수 매칭과 역확률가중치분석법으로 실험집단과 통제집단의 동질성을 최대한 확보하고자 하였다는 점, 그리고 연구 결과를 해석함에 있어서 프로그램 논리모형을 활용한 분석을 추가적으로 실시함으로써 제도에 대한 종합적이고 심층적인 분석을 실시하였다는 점에서 의의를 갖는다. 다만 노인장기요양보험의 이용시간, 서비스의 종류를 구분하거나 이용자 노인과 부양가족을 서로 다른 집단으로 구분하여 제도의 효과를 보다 다양하게 측정하는 것은 추후 연구에서 보완되어야 할 사항이다.

주요어 : 노인장기요양보험, 삶의 질, 전반적 만족도, 가족관계 만족도, 프로그램 논리모형, 제도효과

학 번 : 2016 - 28378

목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구의 목적 및 필요성	1
제 2 절 연구의 범위와 방법	3
1. 연구의 대상과 범위	3
2. 연구의 방법	3
제 2 장 이론적 논의와 선행연구 검토	5
제 1 절 이론적 논의	5
1. 노인장기요양보험제도	5
2. 정책 평가	16
3. 삶의 질 (만족도)	17
4. 프로그램 논리모형	17
제 2 절 선행연구 검토	21
제 3 장 연구 설계	26
제 1 절 연구 방법	26
1. 연구 모형 및 가설 설정	26
2. 가설 검정 방법	28
3. 프로그램 논리모형	35
제 4 장 분석 결과	46
제 1 절 성향점수매칭 (PSM) 분석 결과	46
제 2 절 역확률가중치 분석법 분석 결과	48
제 5 장 프로그램 논리모형 평가 결과	52
제 1 절 사회적 니즈와 프로그램의 관계 평가	52
1. 노인장기요양보험제도 도입 당시의 사회적 니즈	52
2. 사회적 니즈와 정책목표와의 관계	54
제 2 절 투입 단계	54
1. 인적 자원	54
2. 물적 자원	64

3. 재정 자원	71
제 3 절 활동 및 산출 단계	72
1. 지역별(시도별) 장기요양등급 인정자 수 및 인정률	72
2. 소득별 장기요양등급 인정자 수 및 인정률	73
3. 지역별(시도별) 등급외 비율	75
제 4 절 결과 단계	76
1. 단기적 결과	77
2. 중기적 결과	81
 제 6 장 논의 및 결론	 83
제 1 절 연구결과의 요약	83
제 2 절 연구의 시사점과 한계	88
 참고문헌	 91
 부록: 다중회귀분석 결과표	 99
 Abstract	 101

표 목차

<표 1> 노인장기요양보험제도 연혁	7
<표 2> 기관별 역할	9
<표 3> 노인장기요양보험 적용 대상	10
<표 4> 노인장기요양보험 신청 절차	10
<표 5> 노인장기요양 등급별 판정 내용	12
<표 6> 노인장기요양 재가 급여 종류	13
<표 7> 연구 변수의 구성	27
<표 8> 성향점수매칭을 위한 변수의 구성 및 측정	33
<표 9> 노인장기요양보험제도의 프로그램 목표	39
<표 10> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 상황	40

<표 11> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 투입.....	41
<표 12> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 활동 및 산출 ...	43
<표 13> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 결과.....	44
<표 14> 성향점수매칭의 질 분석결과.....	46
<표 15> 2017년 노인장기요양보험 이용 여부에 따른 집단간 평균 차이 비교 (성향점수 매칭)	47
<표 16> 역확률가중치 적용 전 후의 집단 특성.....	48
<표 17> 2017년 노인장기요양보험 이용 여부에 따른 집단간 평균 차이 비교 (역확률 가중치)	49
<표 18> 보건복지부 요양보험제도과의 주 업무 내용	54
<표 19> 보건복지부 요양보험운영과의 주 업무 내용	55
<표 20> 요양기획실 업무내용.....	56
<표 21> 요양기획실 인원.....	57
<표 22> 요양기준실 업무내용.....	57
<표 23> 요양기준실 인원.....	58
<표 24> 요양급여실 업무내용.....	58
<표 25> 요양급여실 인원.....	59
<표 26> 요양심사실 업무내용.....	59
<표 27> 요양심사실 인원.....	60
<표 28> 국민건강보험공단 지사 정보.....	61
<표 29> 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 수	69
<표 30> 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 노인요양시설 등 침상 수 분포 추이	64
<표 31> 지역별(시도별) 노인요양시설 입소충족률(정원 대비 현원율) 분포 추이.....	65
<표 32> 입소생활시설 규모 및 개수.....	66
<표 33> 노인요양시설의 입소대기자 비율	67
<표 34> 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양 기관 수 분포 추이	69
<표 35> 지역별 방문요양재가서비스 공급기관 1개소 당 이용자수 구분	70
<표 36> 국고예산(국고지원금) 투입 비중	71
<표 37> 지역별(시도별) 장기요양인정자 수 및 인정률 분포	72
<표 38> 소득별 장기요양인정자 수 및 인정률 분포	73

<표 39> 지역별(시도별) 장기요양 신청자 대비 등급외자 판정 비율	75
<표 40> 건강상태 호전 여부.....	77
<표 41> 의료기관 이용 횟수 감소 여부.....	78
<표 42> 수발 부담 감소 여부.....	80
<표 43> 경제활동 기회 증가 여부.....	81
<표 44> 사회활동 기회 증가 여부.....	81
<표 45> 사회경제적 활동 변화 여부.....	81

그림 목차

<그림 1> 노인장기요양보험 관리·운영체계	8
<그림 2> 노인장기요양보험 신청 절차.....	10
<그림 3> 돌봄 대체 모형	21
<그림 4> 연구 모형.....	28
<그림 5> 공통영역(common support)의 예	30
<그림 6> 성향점수 매칭의 실행단계	30
<그림 7> Anderson의 의료행동모델.....	32
<그림 8> 노인장기요양보험 프로그램 논리모형	36
<그림 9> Standardized Mean Difference(성향점수 매칭)	47
<그림 10> Standardized Mean Difference(역확률 가중치)	49

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적 및 필요성

우리나라는 지난 2000년 전체 인구 중 65세 이상의 노령인구가 차지하는 비율이 7%를 넘어가는 고령화 사회(Aging Society)에 진입하였다. 최근 통계청에서 진행한 인구총조사(2015a)와 인구추계(2012)에 따르면, 우리나라의 65세 이상 인구는 2015년에는 전체 인구의 약 13%수준에서 2060년에는 약 40%로 증가할 것으로 전망되었다. 이와 같은 급격한 노령인구 비율의 증가는 세계인구 중 65세 이상 노인의 비중이 2015년 8%에서 2060년 18%로 증가할 것이라는 전망과 비교할 때(통계청, 2015b) 우리나라 사회가 세계적으로 유례를 찾기 어려울 만큼 압축적인 인구의 고령화 현상이 나타나고 있음을 의미한다(전해숙, 2017).

이러한 고령화 현상에 대비하기 위하여 정부는 지난 2000년 1월 보건복지부 내에 ‘노인장기요양보호정책기획단’을 설치한 것을 시작으로 몇 년의 정책 검토를 거쳐 2007년 4월 27일 ‘노인장기요양보험법’을 공포하였다. 이후 해당 법을 기반으로 하여 2008년 7월 노인장기요양보험제도가 시행되었다.

지난 2016년 말, 국민건강보험공단은 노인장기요양보험에 대한 만족도가 최초로 90%를 넘었다고 밝혔다. 조사결과 응답자의 90.4%가 노인장기요양보험 제도 전반에 대해 ‘만족한다’고 답한 것이다. 이와 같은 결과는 노인장기요양보험제도가 어느 정도 만족할만한 성과를 거두었다고 짐작해볼 수 있는 근거가 된다. 그러나 노인장기요양보험의 제도 성과는 설문조사 결과만이 아닌 추가적인 자료와 분석을 통해 측정될 필요가 있다.

노인장기요양보험의 성과 평가가 강조되는 이유는, 해당 보험이 일반적인 사회보험과는 달리 철저한 부과방식에 따라 사회보험금을 부과하지 않은 대상자에게 세대 간 연대원칙에 입각하여 서비스를 제공하고 있기 때문이다. 따라서 현재 보험금을 기여하고 있는 세대가 노인세대가 되었을 때도 같은 원리가 유지되고 그 수혜를 누릴 수 있게 하기 위해서는 공적인 성격을 가지는 노인장기요양보험의 성과에 대한 평가가 이루어지는 것이 매우 중요하다(권현정, 2011). 뿐만 아니라 일반적으로 사회복지 제도의 사회적 성과는 단기간에 평가되기 어려운 점이 많은데, 재정

지원자의 지속적인 합의와 동의를 이끌어 내기 위해서는 보다 체계적이고 제도적인 성과 평가가 지속적으로 이루어져야 한다(김찬우, 2013).

제도 시행 이후 지금까지 노인장기요양보험제도에 대한 다양한 선행연구들이 진행되었다. 노인장기요양보험제도 전반에 대해 나름의 성과를 평가하고 문제점을 제시, 그 해결책을 제안하는 연구들을 비롯하여 해당 제도 전체를 분석 대상으로 하기 보다는 비용효과성, 이용자 혹은 부양가족의 삶의 질, 복지사의 처우 등 제도의 특정 측면을 분석대상으로 하는 연구 등이 꾸준히 진행되어 왔다.

이처럼 노인장기요양보험제도에 대한 다양한 선행연구들이 존재함에도 불구하고 해당 제도의 정책 효과에 대한 결론을 내리기란 쉽지 않다. 이는 노인장기요양보험제도가 최종 정책 목표의 계량적 측정이 쉽지 않다는 점에 기인한다. 어떤 정책의 효과를 평가하는 일반적인 방법 중 하나는 해당 정책의 최종 목표의 달성 여부를 측정하는 것이다. 그러나 노인장기요양보험의 최종 목표는 ‘국민의 삶의 질 향상’으로, 그 달성 정도를 측정하는 것은 쉽지 않다. ‘삶의 질’은 매우 추상적인 개념이다. 때문에 과연 ‘삶의 질’을 어떻게 조작적으로 정의하여 성과를 측정하는 것이 정확한 성과 측정을 가능하게 하는가에 대한 이견이 있을 수 있다. 실제로 여러 선행연구들이 노인장기요양보험이 과연 국민의 삶의 질을 향상시켰는가를 주제로 하여 진행되었지만, 삶의 질을 어떻게 조작적으로 정의했는가, 어떤 데이터를 써서 어떤 방법론으로 분석하였는가에 따라 서로 상반된 결과를 보이고 있다. 노인장기요양보험제도를 평가하는 좋은 방법 중 하나가 해당 제도의 최종 목표를 평가하는 것이라는 점은 명백하나, 앞서 언급한 문제로 인해 최종 목표인 ‘국민의 삶의 질 향상’ 여부만으로 정책을 평가하는 것은 무리가 있다고 볼 수 있다.

만약 정책의 최종 목표 달성 여부와 함께 해당 정책이 과연 사회적 니즈에 부합하여 만들어진 정책인지, 충분한 자원의 투입은 있었는지, 또 충분한 활동이 이루어지고 산출이 도출되었는지 등 정책의 과정과 각 단계에 대한 적절한 평가가 함께 이루어지고 그 결과를 바탕으로 정책의 효과에 대한 분석이 이루어진다면 이는 해당 정책에 대한 종합적이고 심도 있는 평가가 이루어졌다고 볼 수 있을 것이다.

이러한 점들을 고려할 때에, 프로그램 논리모형은 노인장기요양보험의 정책효과를 측정하는 데에 있어 최종 목표를 기준으로 한 양적인 정책

평가를 보완해 주는 데에 적합한 모형이라고 할 수 있다. 즉, 노인장기요양제도의 최종 목표 달성 여부를 가설로 설정하여 평가함과 동시에 프로그램 논리모형을 통해 노인장기요양보험의 중간 목표들을 비롯한 정책의 각 단계를 단계별로 평가함으로써 집행과정을 포함하는 정책의 종합적인 정책 효과를 확인하는 것이 가능할 것이다.

요약하자면, 본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 최종 목표인 국민의 삶의 질 향상 여부를 가설로 설정하여 이를 검정하였다. 이와 함께 해당 제도를 하나의 프로그램으로 보고 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 성과 측정 항목과 지표들을 개발하여 투입, 활동, 산출, 결과 등 각각의 단계에 대한 평가를 진행하였으며, 그 평가 결과들을 근거로 하여 가설 검정의 결과를 해석함과 동시에 노인장기요양보험에 대한 종합적인 평가를 실시하고자 한다.

제 2 절 연구의 범위와 방법

1. 연구의 대상과 범위

본 연구의 대상과 범위는 다음과 같다. 내용적 측면에서는 노인장기요양보험법을 바탕으로 노인장기요양보험제도를 다룬다. 노인장기요양보험법에 명시된 노인장기요양제도의 최종 목표인 ‘국민의 삶의 질 향상’ 여부를 가설로 설정하여 이를 검정함과 동시에, 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 노인장기요양보험법에 명시된 노인장기요양보험제도의 주요 요소들을 투입, 활동, 산출, 결과 등으로 구분한 뒤 각 단계별로 분석과 평가를 진행하였다.

시간적 측면에서는 노인장기요양보험제도가 시행된 2008년 7월부터 2018년까지 작성된 자료들을 대상으로 한다.

공간적 측면에서는 해당 제도가 대한민국 전체를 대상으로 하고 있으므로 대한민국 전체를 분석 대상으로 한다.

2. 연구의 방법

본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 효과에 대한 평가를 진행하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 해당 제도의 최종 목표인 국민의 삶의 질

향상 여부를 가설로 설정하여 이를 통계적으로 검정하였다. 검정 방법은 해당 제도의 이용집단과 미이용집단을 성향점수매칭(PSM, Propensity Score Matching)을 통해 구성하여 제도 이용에 따른 두 집단의 삶의 질에 대한 평균차이 분석(t-test)을 실시하였다. 또한 성향점수매칭 방법이 갖는 단점을 보완하고자 역확률가중분석법으로 동일하게 가설 검정을 수행하였다. 그 결과를 해석함에 있어서는 노인장기요양보험제도를 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 분석한 내용을 바탕으로 결과 해석을 진행하고자 하였다. 이는 제도의 최종 목표 달성 여부뿐 아니라 집행 과정 역시 함께 고려하여 정책에 대한 종합적인 평가를 진행하고자 함이다.

성향점수매칭과 역확률가중분석에는 한국복지패널 2016년 및 2017년 자료를 사용하였고, SAS 9.4를 사용하여 t-test를 실시하였다. 프로그램 논리모형에서는 측정 항목과 지표들을 개발하여 투입, 활동, 산출, 결과 등 각각의 단계에 대한 평가를 진행하였는데, 이 과정에서 다양한 통계자료와 정부기관 자료, 선행연구들을 활용하였다. 데이터가 확보되지 않은 경우 가능한 한 관련 부처의 보고서 및 보도자료 등으로 보완하거나 부득이한 경우 논의에서 제외하였다.

이렇게 도출된 각 단계의 평가 결과들을 근거로 하여 가설 검정의 결과를 해석함과 동시에 노인장기요양보험에 대한 종합적인 평가를 실시하고자 한다.

제 2 장 이론적 논의와 선행연구 검토

제 1 절 이론적 논의

1. 노인장기요양보험제도

가. 노인장기요양보험제도 개요

노인장기요양보험제도는 2008년 7월 1일부터 시행된 제도로, 노인장기요양보험법을 그 근거로 한다. 노인장기요양보험법 제1조에 따르면, 노인장기요양보험법의 목적은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.

노인장기요양보험법에 기술되어 있는 노인장기요양보험제도의 대상 및 정의를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 장기요양노인장기요양보험의 대상은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 그 대상으로 한다. 또한 장기요양급여란 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 의미한다. 장기요양사업이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인 등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 의미한다. 장기요양기관이란 노인장기요양보험법 제31조에 따라 지정을 받은 기관 또는 제32조에 따라 지정의제된 재가장기요양기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말하며, 장기요양요원이란 장기요양기관에 소속되어 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

나. 노인장기요양보험제도 도입 배경 및 연혁

우리나라는 고령화가 빠르게 진행되고 있다. 우리나라가 65세 이상

인구 비중이 7%를 넘는 ‘고령화사회’에 진입한 것이 2000년 인데, 통계청의 인구전망에 따르면 2017년 기준 우리나라의 인구고령화율은 14%이며, 나아가 2026년에는 고령화율이 20%에 육박하는 초고령사회로 진입할 것으로 예상되고 있다. 우리나라는 고령화 사회로의 본격적 진입을 앞둔 1999년부터 노인장기요양보호정책에 대한 논의를 시작하였고 2008년 7월 해당 정책을 본격적으로 시행하게 되었는데, 1999년 당시 대한노인회 회장과 일부 대학교수를 포함한 노인복지 전문가들이 대통령과의 회의석상에서 2000년도 고령화 사회의 진입에 앞서서 정부가 수행하여야 할 노인복지 정책과제의 하나로 노인장기요양보호 문제의 해결을 제시한 것이 출발점이 된 것이다(윤희숙 외, 2010).

강용규(2012) 및 정경희 외(2001)에 따르면, 우리나라는 전통적인 유교사상이 바탕이 되어, 자식은 당연히 부모를 봉양해야 한다는 관념이 뿌리 깊이 내재되어 있었다. 또한 노인장기요양보험제도 이전의 노인복지정책은 주로 저소득 취약계층의 노인들만을 대상으로 하는 각종 복지정책들로 구성되어(박인, 2008) 있었으며 일반 노인들을 대상으로 하는 요양은 노인 스스로가 알아서 해결하거나 가족이 책임져야 한다는 것이 기본적인 인식이었다. 그러나 산업화와 핵가족화 되어가는 현대사회에서 부모를 부양한다는 것은 자식의 부담으로 작용하기 시작했고, 장기간에 걸친 노인수발로 인한 스트레스는 급기야 가족체계를 파괴하는 결과를 초래하는 다양한 사회문제로 등장하기 시작했다.

노인부양에 대한 인식 역시 지속적으로 변화함을 알 수 있는데, 수발자의 연령별 부모수발에 대한 의식 역시 전적으로 가족이 책임져야 한다는 의식이 젊은 층일수록 낮아지는 것을 확인할 수 있으며 수발서비스 이용에 대한 의식은 젊은층 일수록 높아짐을 알 수 있다(정경희 외, 2001). 국민들의 노후 생활비 마련 방법에 대한 인식조사 결과 역시 변화된 국민들의 인식을 보여주는데, 1994년 진행된 인식조사에서는 노후 생활비를 스스로 마련하거나 가족, 혹은 자녀가 마련해주어야 한다는 답변이 많았으나 2004년 조사에서는 국가가 노후생활비를 마련해 주어야 한다는 인식이 가장 많은 것으로 나타나기도 했다(박인, 2008). 또한 2005년 보건복지부가 전 국민을 대상으로 시행한 여론조사에 의하면 응답자의 84.7%가 우리 사회의 노인 문제가 심각하다고 응답하였으며, 응답자의 72%는 본인이나 가족이 직접 혜택을 받지 못하더라도 매월 일정 금액의 요양비를 부담할 용의가 있다고 응답하기도 하였다.

이러한 배경을 바탕으로 도입된 노인장기요양보험제도의 주요 연혁은 다음과 같다.

<표 1> 노인장기요양보험제도 연혁

2001 . 8 . 15	대통령 경축사에서 노인요양보장제도 도입 제시
2002 .	대통령 공약사항 포함
2003 . 3 ~ 2004. 2	「공적노인요양보장추진기획단」 설치 운영
2004 . 3 ~ 2005. 2	「공적노인요양보장제도실행위원회」 구성 운영
2005 . 7. 1 1차	시범사업 실시(‘05.07.01 ~’06.03.01)
	－ 6개 시군구 65세이상 기초생활보장 수급노인 대상
	－ 시범지역: 광주 남구, 강릉, 수원, 부연, 안동, 북제주
2005 . 10 . 19	입법예고
2006 . 2 . 16	정부입법 국회제출
	－ 한나라당 2건, 열린우리당 2건, 민주노동당 1건, 입법청원 1건 등 총 7개 법안
2006 . 4. 1 2차	시범사업 실시(‘06.04.01 ~ ‘07.04.01)
	－ 8개 시군구 65세이상 노인 대상
	－ 시범지역 추가: 부산 북구, 전남 완도
2007 . 4 . 2	국회통과(부대결의내용 포함)
	－ 국무회의 의결(04.17)을 거쳐 04.27일 공포, ‘08.07.01일부터 시행
2007 . 5. 1 3차	시범사업 실시(‘07.05.01 ~ ‘08.06.01)
	－ 13개 시군구 65세이상 노인 대상
	－ 시범지역 추가: 인천 부평구, 대구 남구, 청주, 익산, 하동
2007 . 6 . 8 1 단계	시행령 시행규칙 입법예고 완료
	－ 1단계 시행령 시행규칙: ‘07.10.01시행
	－ 2단계 시행령 시행규칙: ‘08.07.01 시행
2007 . 10 . 1 1단계	시행령 시행규칙 시행
2008 . 7 . 1	노인장기요양보험제도 시행

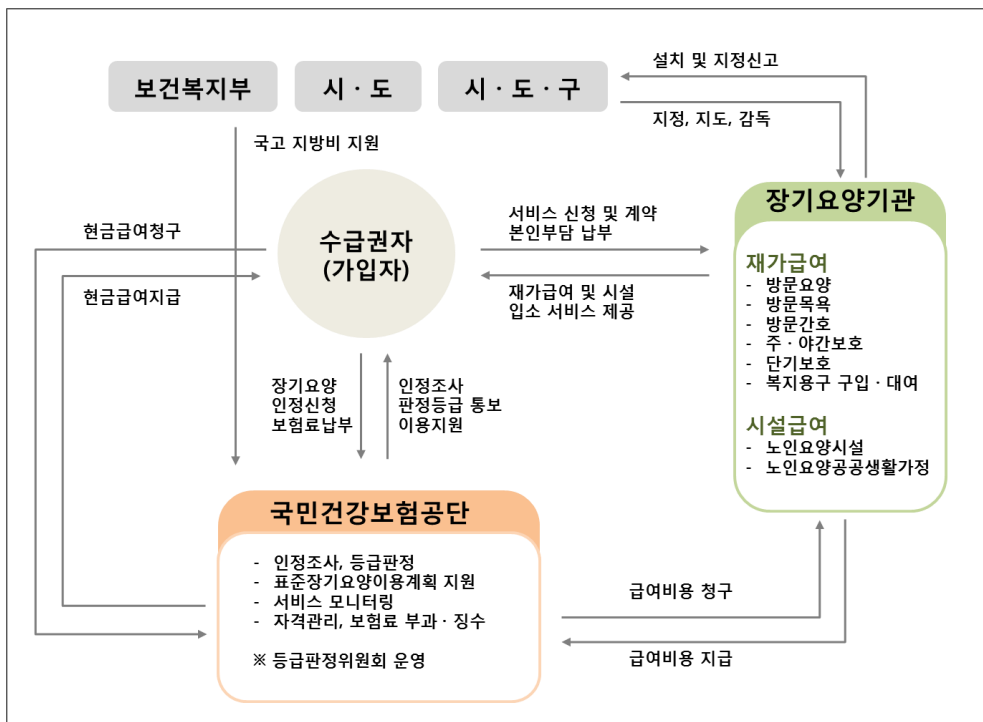
다. 노인장기요양보험 관리·운영 체계

노인장기요양보험사업에는 보건복지부, 지방자치단체들, 국민건강보험공단, 그리고 장기요양기관 등이 참여한다. 각각의 주체의 역할을 간단하게 살펴보자면, 보건복지부는 사업을 총괄하며 매 5년마다 장기요양기본계획을 수립하는 등의 역할을 담당한다. 또한 2016년 신설된 조항에 따르면 보건복지부는 장기요양사업의 실태를 파악하기 위하여 3년마다

실태조사를 정기적으로 실시하고 그 결과를 공표하여야 한다. 지방자치단체는 보건복지부가 수립한 장기요양기본계획에 따라 세부시행계획을 수립 및 시행하여야 하며, 장기요양기관의 설치 및 지정 등의 권한을 갖고 장기요양보험사업을 지원한다. 국민건강보험공단은 보험자로서 다양한 역할을 수행한다. 주로 신청자 등급판정, 보험가입자 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 급여 관리 및 평가, 급여비용 심사 및 지급, 서비스 모니터링 등의 역할을 수행한다. 장기요양기관은 등급판정을 받은 수급자들에게 장기요양서비스를 제공하며, 제공된 서비스에 대한 비용을 국민건강보험공단에 청구한다.

이러한 노인장기요양보험의 관리 및 운영 체계를 그림으로 간략히 나타내면 하기와 같다.

<그림 1> 노인장기요양보험 관리·운영체계



자료: 국민건강보험공단, 「2011 노인장기요양보험 통계연보」

각각의 주체들의 상세한 역할은 다음과 같다.

<표 2> 기관별 역할

기관명	주요 업무
보건복지부	(1) 장기요양보험사업 관장 (2) 장기요양기본계획 수립·조정
국민건강보험공단 (보험자)	(1) 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여 수급권자의 자격관리 (2) 장기요양보험료의 부과·징수와 재정 운영 (3) 신청인에 대한 조사 (4) 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급판정 (5) 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공 (6) 장기요양급여의 관리 및 평가 (7) 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양 급여 관련 이용지원에 관한 사항 (8) 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별 현금급여의 지급 (9) 장기요양급여 제공내용확인 (10) 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보 (11) 노인성질환예방사업 (12) 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등 (13) 장기요양급여의 제공기준을 개발하고 장기요양 급여비용의 적정성을 검토하기 위한 장기요양기관의 설치 및 운영 (14) 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부장관이 위탁한 업무
장기요양기관 (장기요양급여 제공)	(1) 「노인복지법」 및 「노인장기요양보험법」에 의거 설치 및 지정 (2) 수급자와 계약을 체결하고 장기요양 급여를 제공 (3) 수급자에게 제공한 장기요양급여에 대한 비용을 공단에 청구
지방자치단체	(1) 장기요양기본계획에 따른 세부 시행계획 수립·시행 (2) 노인성질환예방사업 (3) 장기요양기관 설치 및 지정 권한

라. 노인장기요양보험의 대상 및 신청 절차

노인장기요양보험급여 이용가능자, 즉 수급자는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병으로 인해 6개월 이상 혼자서 일상적인 생활을 하기 어려운 자 중에서, 장기요양인정 조사 결과 1~5등급을 통보 받은 자이다. 소득 수준과 상관없이 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병으로 인해 6개월 이상 혼자서 일상적인 생활을 하기 어려운 자는 누구든 국민건강보험공단 각 지사에 위치한 노인장기요양보험운영센터에 장기요양인정 신청을 할 수 있다.

장기요양보험의 적용 대상을 간단히 표현하자면 하기와 같다.


<표 3> 노인장기요양보험 적용 대상

구분	적용 대상자 범위
노인장기요양보험 적용 대상자	전국민 [장기요양보험가입자 및 그 피부양자(건강보험과 동일) + 의료급여수급권자]
보험료를 부담하는 자	국민건강보험의 가입자로 하며, 직장가입자와 지역가입자에 대한 개별 보험료는 건강보험제도의 보험료 부과체계를 그대로 활용하여 산정
장기요양인정 신청자	노인장기요양보험 적용 대상자 중 65세 이상 노인 또는 노인성 질병을 가진 65세 미만인 자
장기요양급여 수급자	장기요양인정 신청인 중 6개월 이상 혼자서는 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 장기요양인정을 받은 자

자료: 국민건강보험공단, 「2017 노인장기요양보험 통계연보」

장기요양인정 신청의 절차는 하기와 같다.

<표4> 노인장기요양보험 신청 절차

1단계 (인정신청)	65세 이상 노인 또는 65세 미만의 노인성 질병을 가진 자로서 혼자서 일상생활이 어려운 자가 공단에 장기요양인정 신청
	
2단계 (등급판정)	장기요양등급판정위원회에서 심의 판정(1~5등급) - 공단직원이 조사한 인정조사 결과 및 의사소견서 등을 참고하여 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 등급판정

	기준에 따라 등급판정
--	-------------



3단계 (장기요양 급여이용)	<p>장기요양등급을 받은 자에게 장기요양 인정서 및 표준장기요양이용계획서 작성 및 송부</p> <ul style="list-style-type: none"> 수급자는 표준장기요양이용계획서를 고려하여 희망에 따라 장기요양기관을 선택하여 장기요양급여 계약을 체결하고 수급자의 가정에서 또는 요양시설에 입소하여 장기요양급여를 받을 수 있음.
--------------------------------	--



4단계 (비용청구 및 지급)	<p>수급자에게 장기요양급여를 제공한 장기요양기관은 공단에 비용 청구</p> <ul style="list-style-type: none"> 공단부담금(급여비용 중 본인일부부담금 및 비급여대상 금액 제외) 지급
--------------------------------	---

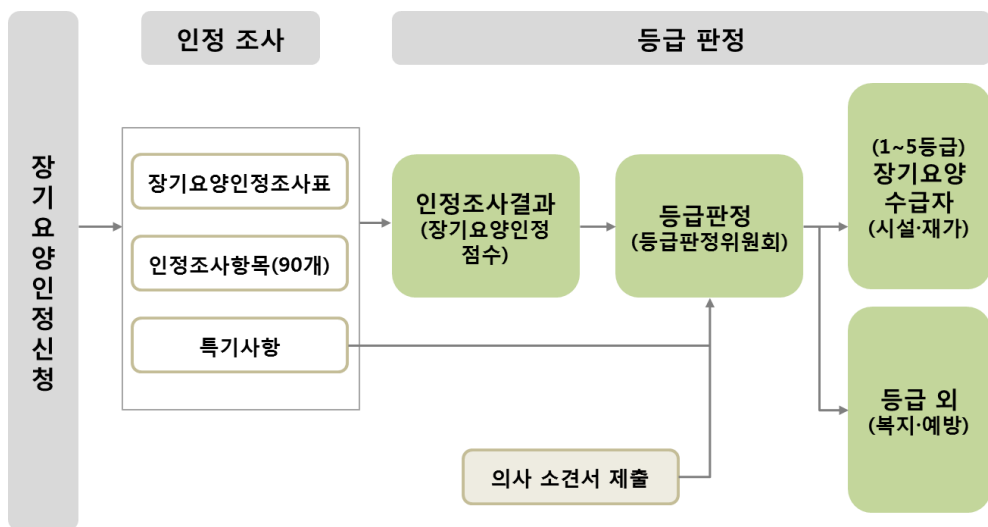


5단계 (이용 지원)	<p>장기요양급여에 관한 일반사항, 이용절차 및 방법 등을 안내하고 장기요양기관 정보 제공 등 수급자를 위한 이용지원을 지속적으로 실시</p>
------------------------	---

자료: 국민건강보험공단, 「2017 노인장기요양보험 통계연보」

장기요양인정 신청의 절차를 그림으로 표현하면 하기와 같다.

<그림 2> 노인장기요양보험 신청 절차



자료: 국민건강보험공단, 「2017 노인장기요양보험 통계연보」

장기요양인정 신청에 대해 간략히 살펴보자면 다음과 같다. 우선 65세 이상의 노인 또는 노인성 질병을 가진 65세 미만의 자가 국민건강보험공단(전국 노인장기요양보험운영센터)을 방문하거나, 인터넷, 우편, Fax로 신청을 진행할 수 있다. 이 때 필요한 구비서류는 장기요양인정 신청서, 의사소견서(진단서), 본인이나 대리인임을 확인할 수 있는 서류이다. 이후 등급 판정 조사가 실시된다. 첫 단계는 인정조사인데, 소정의 교육을 이수한 국민건강보험공단 직원이 신청인을 방문하여 노인장기요양 관련 전문가들에 의하여 연구된 조사표(장기요양 인정 조사표)를 토대로 신청인의 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활영역, 환경적 상태, 서비스 욕구 등을 종합적으로 조사한다. 이후 등급 판정 및 결과 통보가 이루어진다. 등급판정위원회 심의(등급 판정)시.군.구 단위로 설치된 장기요양등급판정위원회(보건·복지·의료에 관한 학식과 경험이 있는 자로 구성)에서 인정조사결과, 신청서, 의사 소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 토대로 6개월 이상의 기간 동안 일상생활을 혼자서 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자(수급자)로 판정한다.

2018년 기준 장기요양인정 등급별 판정 내용을 간략히 살펴보면 아래와 같다.

<표 5> 노인장기요양 등급별 판정 내용

등급	수 준
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4등급	심신의 기능상태의 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5등급	치매(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조의 노인성질병에 한정)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
인지지원	치매(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조의 노인성질병에

등급	한정)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자
-----------	------------------------------

자료: 국민건강보험공단, 「2017 노인장기요양보험 통계연보」

이후 장기요양인정 등 통보과정에서는 등급판정위원회에서 장기요양등급 1~5등급자로 결정된 수급자에게 장기요양등급, 유효기간, 장기요양급여의 종류 등이 기재된 ‘장기요양인정서’와 ‘표준장기요양이용계획서’를 개별 통지한다. 이 때 표준장기요양이용계획서란 수급자가 월 한도액 범위 내에서 급여를 원활히 이용할 수 있도록 수급자 개인별 기능상태 및 욕구를 반영하여 작성한 장기요양 적정급여 이용계획서를 의미한다. 이 후 인정자는 스스로 장기요양기관을 선택하고 급여 계약을 체결하게 되며, 자기요양기관은 표준장기요양이용계획서 및 급여 계약을 바탕으로 세부급여계획을 수립하고 급여서비스를 제공한다.

마. 노인장기요양보험 급여 내용(노인장기요양보험법 제23조)

노인장기요양보험의 급여에는 재가급여, 시설급여와 특별현금급여가 있다. 각 급여별 세부 내용은 하기와 같다.

1) 재가급여

<표 6> 노인장기요양 재가 급여 종류

종류	내 용
방문요양	수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기 요양급여
방문목욕	목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
주·야간 보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
단기보호	수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
기타	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하기

재가급여 (복지용구)	나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양 급여로서 대통령령으로 정하는 것
------------------------	--

자료: 국민건강보험공단, 「2017 노인장기요양보험 통계연보」

2) 시설급여

시설급여란 장기요양기관이 운영하는, 노인복지법 제34조에 따른 노인의료복지시설 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 일컫는다. 본인이 전액 부담하여야 하는 식사재료비, 상급침실 이용료, 이·미용비 등의 비급여 항목이 별도로 존재한다(윤성주, 2013).

3) 특별현금급여

노인장기요양보험법에 따르면 특별현금급여에는 가족요양비, 특례요양비 및 요양병원간병비가 존재하나 이중 가족요양비만 현재 시행되고 있다. 가족요양비는 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 현금으로 비용을 지급하는 급여로서, 장기요양등급에 관계없이 월150,000원이 지급된다.

바. 장기요양보험제도 비용(노인장기요양보험법 제40조)

1) 수급자 일부 부담(본인일부부담금)

- 재가급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 15
- 시설급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 20
- 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 해당 사항 없음

2) 수급자 전액 부담

- 「노인장기요양보험법」의 규정에 따른 급여의 범위 및 대상에 포함되지 아니하는 장기요양급여(식사재료비, 상급침실이용에 대한 추가비용, 이·미용비 등)
- 수급자가 「노인장기요양보험법」 제17조제1항제2호에 따른 장기요

양인정서에 기재된 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 선택하여 장기요양급여를 받은 경우 그 차액

－ 「노인장기요양보험법」 제28조에 따른 장기요양급여의 월 한도액을 초과하는 장기요양급여

3) 수급자 부담 경감(본인일부부담금의 100분의 40~60% 감경)

－ 「의료급여법」 제3조제1항제2호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자

－ 소득·재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자(다만, 도서·벽지·농어촌 등의 지역에 거주하는 자에 대하여 따로 금액을 정할 수 있음)

－ 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자

사. 노인장기요양보험의 재원

1) 장기요양보험료

① 건강보험료액의 7.38%(장기요양보험료율)¹에 해당하는 금액

※ 보험료율 : 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정함

② 장기요양보험료는 건강보험료와 통합하여 징수

장기요양보험료 = 건강보험료 × 장기요양보험료율(7.38%)

※ 지역가입자의 경우 100% 본인이 부담(세대 단위)

※ 직장가입자의 경우 가입자와 사용자가 각각 50%씩 부담

－ 공무원·교직원인 직장가입자와 소속 국가·지방자치단체·사립학교 각각 50%씩 부담(사립학교의 경우 당해 학교가 30%, 국가가 20% 부담)

2) 국가 및 지자체 부담(노인장기요양보험법 제58조)

① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원

② 국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급

¹ 2018년 기준

권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용(제40조제1항 단서 및 제3항제1호에 따라 면제 및 감경됨으로 인하여 공단이 부담하게 되는 비용을 포함한 다) 및 관리운영비의 전액을 부담

3) 본인일부부담금(급여를 받는 자가 일부 부담하는 비용)

① 재가급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 15

② 시설급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 20

※ 국민기초생활보장법에 따른 수급권자는 면제이며, 기타의료급여수급권자 등 40~60% 감경

2. 정책평가

정책평가에 대한 정의는 여러 가지로 내릴 수 있지만, 일반적으로 하나의 프로그램이 그것이 추구하는 산출결과들(outcome)을 달성할 수 있도록 얼마나 잘 작동하고 있으며, 왜 그렇게 작동하는가 하는 구체적인 질문에 대답하기 위하여 객관적인 측정과 분석방법을 사용하는 개별적이며, 체계적인 연구를 뜻한다(노화준, 2018:4).

정책평가의 목적 또한 일률적으로 정의하기는 쉽지 않지만, 크게 세 가지 정도의 주요한 목적으로 하기와 같이 구분할 수 있다. 첫 번째는 지식과 정책학습의 목적이다. 정부가 직면하고 있는 문제들과 이 문제들을 처리하기 위한 정부전략의 효과성에 관한 새로운 지식을 얻는데 필요한 증거자료들을 정책평가과정을 통해 얻을 수 있다는 것이다. 두 번째는 관리개선의 목적이다. 정책과 행정관리의 도구, 말하자면 정부프로그램의 효과성과 능률성을 평가하고 대안의 선택과 개선, 운영상의 능률성을 증가시키기 위한 일종의 지원시스템으로서 정책평가를 활용하는 것이다. 마지막으로 책임 행정을 정책평가의 목적으로 보는 것으로, 정책결정자나 프로그램의 관리자들로 하여금 효과성과 운영상의 질이라고 하는 두 가지 측면에서 그들 관할 하에 있는 프로그램들의 가치에 대한 책임을 지도록 함으로써 국민의 세금으로 이루어진 정부자원을 최선의 방법으로 활용하도록 하는데 있다는 것이 그것이다(노화준, 2018: 27-28).

특히 노인장기요양보험제도의 경우, 장기요양 대상을 저소득층에 한정

하지 않고 일반국민을 포괄하는 보편적인 서비스 제공을 위해서는 정부 재정만으로는 제도 적용대상의 확대에 한계가 있으므로 노인장기요양보험 법령이 규정한 가입대상에게 그 가입을 의무적으로 적용하고 있는 사회보험방식을 채택하고 있다(김용희 외, 2012). 즉 노인장기요양보험은 사회보험방식으로 전 건강보험가입자의 기여를 중심으로 재원이 마련되므로 가입자에게 그 성과를 보여주는 작업은 핵심적인 평가 연구라 할 수 있다(김찬우, 2013).

3. 삶의 질(만족도)

노인장기요양보험법 제1조에서는 노인장기요양보험제도가 국민의 삶의 질 향상을 목적으로 하고 있음을 밝히고 있다. 때문에 다수의 연구들이 노인장기요양제도가 이용자 및 부양가족의 삶의 질을 향상시켰는지의 여부를 바탕으로 해당 제도의 효과성을 평가하고 있다.

다양한 사회정책에서 삶의 질이라는 개념이 빈번하게 사용되고 있지만, 삶의 질에 대해 광범위하게 받아들여지고 있는 정의나 기준은 아직 없다(Hamrin, Gustafsson, & Jaracz, 2012). 현대의 여러 학자들은 삶의 질을 안녕(well-being), 복지(welfare), 생활만족(life satisfaction), 행복감(happiness), 생활 수준(standard of life)등의 용어와 유사하게 사용하고 있다(한수정, 2016). 삶의 질에 대한 선행연구에서는 삶의 질을 신체적, 정신적, 사회경제적 요인 등의 복합적 상황 속에서 개인이 표현하거나 경험한 주관적 만족감(Johnson et al, 1982)으로 정의하였고 세계보건기구(WHO)에서는 개인의 신체적·정신적 건강, 자립수준, 사회적 관계, 환경과의 관계 등에 의해 다양하게 영향을 받는 광범위한 개념으로서, 개인이 목표, 기대, 관심 등과 연관되어 느끼는 자기자신의 삶의 위치인식으로 정의한다.

일반적으로 삶의 질과 삶의 만족도는 호환 가능한 개념으로 알려져 있고(Mannell & Dupuis, 1996) 다수의 선행연구들이 삶의 질 측정을 위한 조작적 지표로 삶의 만족도 지표를 사용하고 있다. 삶의 만족도는 자신의 기준에 따라 광범위하게 삶의 질을 사정하는 인지적 판단으로 구체적인 측면보다는 전체적 측면에서 삶을 나타낸다(전해숙, 2017). 본 연구도 이러한 맥락에서 삶에 대한 전반적인 만족도와 가족관계 만족도를 종속변수로 하여 삶의 질 향상여부를 살펴본다.

4. 프로그램 논리모형

가. 프로그램 논리모형

프로그램 논리모형을 정의하기 위해서는 먼저 프로그램(program)에 대한 정의가 선행되어야 한다. McLaughlin & Jordan (2010: 55-56)에 따르면 프로그램이란, 특정한 맥락 안에서 일정한 자원 및 그 투입을 특정한 활동으로 전환하여 원하는 결과(outcomes, results)를 산출해내는 의도적인 활동이다(홍희정, 2015). 하나의 프로그램은 또한 하나의 가설로 간주될 수 있는데, 프로그램이 계획했던 대로, 적절하게 집행이 된다면, 프로그램을 만들 때 기대했던 결과가 나타나게 될 것이라는 가설이 그것이다. 프로그램 논리모형을 작성하는 것은 가설의 밑에 깔려있는 전제들(assumption)을 이해하기 위하여, 그리고 이 가설들을 검증할 전략들을 짜기 위하여 가설들을 풀어헤치는데 사용될 수 있는 도구로 쓰기 위함이다(노화준, 2018: 65). 즉, 일반적으로 프로그램논리모형은 프로그램의 구성요소들과 해결해야 할 문제들 간의 핵심 인과관계를 재구성한 것으로, 프로그램이 어떻게 작동하여 의도한 결과를 창출하는지를 시각적으로 표현하는 단순화된 모형으로 볼 수 있다(홍희정, 2015).

정책을 분석 및 평가하는 도구로서의 프로그램 논리모형의 유용성에 대해서는 많은 전문가 및 학자들이 언급하였는데, 그 내용을 간략히 정리하자면 크게 다음의 세 가지로 정도로 요약할 수 있다.

우선 가장 큰 특징이자 장점은 프로그램 논리모형이 어떤 정책이나 프로그램을 시각적으로 표현한다는 점이다. 즉 프로그램 논리모형은 프로그램의 전체적인 작동을 순차적인 여러 단계에 따라 표현하고 각각의 구성요소와 구성요소 간의 논리적인 인과관계를 도식화 하여 보여준다. 이를 통해 프로그램의 평가자 뿐 아니라 해당 프로그램의 관계자들은 복잡한 프로그램의 작동 원리를 직관적으로 이해하는데 도움을 받을 수 있으며, 나아가 동일한 프로그램에 대한 동일한 이해와 기대를 갖게 되어 정책 평가를 실시하기 전 일종의 사전적 합의를 도출하게 된다.

두 번째로 프로그램 논리모형은 전체 프로그램을 순차적인 여러 구성요소들로 나누어 각각의 요소 및 단계에 대한 구체적이고 명확한 성과 측정 지표를 설정하고 평가를 시행함으로써 정책의 성과평가의 타당성을 제고시킬 수 있다. 특히 이러한 요소 별 성과 측정 및 평가 방식을 통해

이론실패와 집행실패를 구분하는데 도움을 받을 수 있으며, 각각의 단계 사이에서 작용하는 가설을 설정하고 이에 대한 검증을 실시함으로써 복잡한 프로그램의 작동원리를 구체적으로 파악 및 검증할 수 있다.

마지막으로 프로그램 논리모형은 정책 평가 이후의 정책 개선에도 유용하다. 정책관계자들을 프로그램 논리모형을 개발하고 성과를 평가하는 과정에서 해당 프로그램의 작동원리에 대해 이해하게 되며, 프로그램 자체의 구조적인 문제나 기타 집행 상의 문제들을 발견하고 이를 정책개선에 활용할 수 있다. 예를 들어 프로그램의 목표 달성과 인과관계가 부족한 활동은 추후 정책에서 제외하거나, 반대로 누락된 단계나 활동이 존재하는 경우 이를 추가할 수 있다.

이 외에도 프로그램 논리 모형은 그 자체로 사회과학 지식의 축적 및 발전에 기여한다는 점, 의도하지 않았던 각종 효과들을 발견하는데 유용하다는 점, 겉으로 쉽게 드러나지 않는 매개변수들을 구체화하는데 도움이 된다는 점 등의 다양한 장점들을 갖고 있다.

나. 프로그램 이론

프로그램 이론(program theory)은 프로그램의 투입과 예상한 결과를 연결해주는 인과론적 연결고리에 관한 설명이다(홍희정, 2015). 즉, 프로그램의 집행과 프로그램이 의도한 결과 사이에 작동하는 매커니즘이자 프로그램에 내재된 작동논리이다(임지연, 2007; Bickman, 1987a; Funnell, 1997; Patton, 1997; Rossi et al., 2004; Rogers, 2000; Weiss, 1998; Wholey, 1987). 프로그램 논리모형은 프로그램 이론을 시각화해서 보여주는 유용한 도구라 할 수 있다.

본 연구 모형에서는 노인장기요양보험제도의 핵심적인 프로그램 이론이 돌봄 대체 모형 이론이라고 보았다. 정책의 각 단계에서 적절한 집행이 이루어진다면 결국 돌봄 대체 모형에 의해 노인장기요양보험제도의 최종 목표인 ‘국민의 삶의 질 향상’이 달성될 것으로 기대하고 해당 정책이 설계되었다고 보는 것이다.

1) 돌봄 대체 모형 이론

노인장기요양제도는 돌봄(케어)서비스의 일종이다. 돌봄(케어) 서비스

의 개념에 대해서는 다양한 학자들이 정의를 내리고 있으나, 일반적으로 돌봄의 대상자는 거동 불편자 또는 병든 자이며, 돌봄의 행위는 대상자를 보호하고 돕는 것으로 볼 수 있고, 그 행위의 구체적인 내용은 서비스마다 다르다고 볼 수 있다.

이러한 돌봄(케어) 서비스를 제공하는 방식에는 공식적 케어와 비공식적 케어 방식으로 구분할 수 있다. Glendinning 외(2009)에 의하면, 공식적케어를 특정한 훈련을 받고 전문자격증을 취득하여 자격을 갖춘 전문직에 의해 제공되는 케어로 정의하고 있다. 이 케어서비스는 국가나 다른 형태의 조직(공공기관)에 의해 통제를 받는데, 케어제공자는 케어 책임을 명시하는 계약을 맺고 있다는 것이고, 케어제공자는 보수(임금)를 지불받고 사회권 및 노동규칙에 따라야 한다는 것을 의미한다. 공식적 케어를 제공하는 단체에는 정부(공공단체), 비영리단체 및 영리단체가 중심적이다(선우덕 외, 2015).

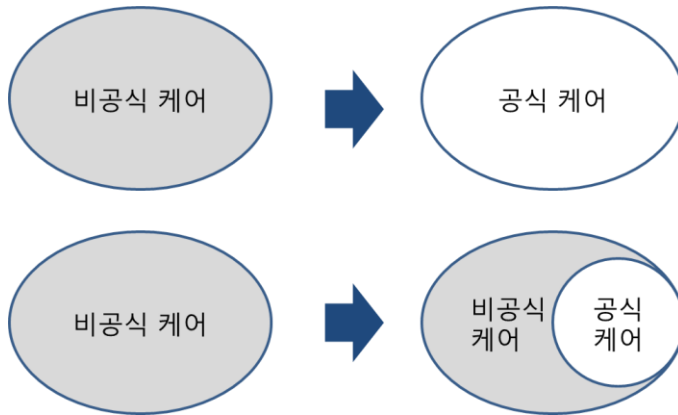
비공식케어에 대해서 Gledinning 외(2009)은 ‘전문직이나 공식적 틀 밖에서 만성질환, 장애, 기타 장기적 건강이나 지원욕구를 지닌 자’에게 도움을 제공하는 자로 설명하고 있다(선우덕 외, 2015). 일반적으로 케어제공자는 계약으로 맺어진 관계가 아니며, 일정하고 정기적인 보수를 받지는 않는다고 본다.

이와 같은 공식적케어와 비공식케어의 관계에 대해서는 다양한 이론적 관점, 모형이 존재한다. 노인장기요양보험제도를 비롯한 공식적케어 관련 제도들은 공식적케어가 비공식케어, 특히 가족들에 의한 비공식케어의 전체 또는 일부를 대체한다는 그린(Green, 1983)의 대체모형(substitutional model)의 가정에 기초하고 있으며(Sussman, 1976), 공식적케어의 확대가 가족의 돌봄 부담을 덜어줄 것을 기대한다(이승호 외, 2018).

즉 대체모형은 특정의 내용이 공식적 케어자에 의해 제공될 때 비공식 케어가 감소하여 결국 비공식 케어가 공식케어로 완전 대체되거나 부분 대체되는 것으로 본다. 노인장기요양보험제도의 재가서비스는 비공식케어가 공식케어로 부분 대체되는 경우를, 시설서비스는 비공식케어가 공식케어로 완전 대체되는 것으로 볼 수 있다. 이처럼 노인장기요양보험제도는 대체모형에 따라 비공식케어가 줄어들거나 완전 대체됨으로써 비공식케어의 제공자인 가족부양자들의 부양부담이 감소하고(단기 결과), 나

아가 가족부양자의 사회적·경제 활동 기회가 증가하는 것(중기 결과)을 기대하였다고 볼 수 있다.

<그림 3> 돌봄 대체 모형



자료: 선우덕(2015) 재구성

제 2 절 선행연구 검토

노인장기요양보험 제도와 관련된 그간의 선행연구들을 살펴보면 다음과 같다. 노인장기요양보험제도가 시행되기 이전에는 해당 제도와 유사한 서비스를 제공하였던 재가노인복지서비스에 대한 선행연구들(함철호, 1997; 최균, 2002)이 주로 이루어졌다. 재가노인복지서비스는 전국민을 대상으로 하는 서비스가 아니라 특정 계층을 대상으로 하는 제도였으며, 때문에 이 때의 연구는 주로 수급노인과 비수급노인의 생활만족도 등을 사전사후로 비교하는 방식으로 이루어졌다. 최균(2002)의 연구에서는 수급노인의 생활만족도가 더 높다는 결론이 도출되었으나 함철호(1997)의 연구에서는 생활만족도를 증진시키는 효과는 없다고 결론을 지어 서로 상반된 모습을 보이고 있다.

노인장기요양보험 도입이 검토되기 시작하던 2000년대 초반에는 주로 제도 도입을 위한 제도설계 혹은 노인장기요양보험 도입의 타당성에 대한 연구가 이루어졌는데, 노인장기요양보험 모형의 개발이나 장기요양등급평가 판정 도구의 개발과 같은 연구들이 그것이다(석재은, 1999; 최성

재 외, 2000; 최병호, 2001; 서동민 외, 2005; 임정기, 2006; 김진수 외, 2006).

본격적으로 제도가 시행된 2008년 이후부터는 보다 다양한 연구들이 진행되기 시작하였다. 노인장기요양보험제도에 대한 서비스 만족도에 대한 연구들로는 김용희 외(2012) 등이 있는데 많은 연구들이 대상 노인 보다는 가족부양자의 서비스 만족도에 대한 연구를 진행하였다. 이는 당장 해당 제도의 직접적인 수혜자는 부양의 책임을 덜 수 있는 가족부양자인데다, 설문 조사 등에서 대상 노인보다는 가족부양자를 중심으로 한 설문이 이루어진 때문인 것으로 보인다.

가족부양자를 중심으로 한 연구는 서비스 만족도 외에도 다양하게 진행되었다. 장기요양노인을 돌보는 가족부양자의 스트레스에 관한 연구들(백용운 외, 2010) 및 가족수발부담에 관한 연구들(김찬우, 2013)에서는 대부분 노인장기요양보험제도가 가족부양자의 스트레스 감소와 수발부담 감소에 긍정적인 영향을 미친 것으로 평가된다.

많은 수의 선행연구들이 노인장기요양보험제도의 현황을 파악한 후 문제점을 기술, 이에 대한 개선 방안을 제시하는 방식으로 연구를 진행하기도 하였다(윤희숙 외, 2010; 김찬우 외, 2011; 강용규, 2012; 윤성주, 2013; 이근홍 외, 2013). 이러한 연구들은 주로 노인장기요양보험서비스의 질, 요양보호인력의 처우, 노인장기요양보험의 전달 체계상의 비효율성 등의 문제점을 진단하고 개선방안을 제시하거나, 장기적인 관점에서 재정 확보 및 지출효율화 방안 등을 제시하였다. 이는 해당 보험이 일반적인 사회보험과는 달리 철저한 부과방식에 따라 사회보험금을 부과하지 않은 대상자에게 세대 간 연대원칙에 입각하여 서비스를 제공하고 있으며(권현정, 2011) 재정지원자의 지속적인 합의와 동의를 이끌어 내기 위해서는 체계적이고 제도적인 성과 평가가 지속적으로 이루어져야 한다(김찬우, 2013)는 인식에서 비롯된 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서 살펴보고자 하는 연구주제이자 노인장기요양보험제도의 최종 목표라고 할 수 있는 ‘이용자 노인 및 부양가족의 삶의 질 향상’에 대한 연구도 다수 진행되었다. 권현정 외(2011)에서는 한국복지패널 자료를 이용, 성향점수매칭과 이중차이 결합모형을 사용하여 노인장기요양보험제도의 이용자 가구와 미이용 가구의 가구원을 실험집단, 통제집단으로 설정한 뒤 제도 이용이 삶의 질과 가족관계 만족도에 미치는 영향을 살펴보았다. 민기채(2011) 역시 한국복지패널 데이터를 활용하여 노인장기요양보험제도 이용자 및 그 가구원과 비이용자 및 그 가구원을

실험 집단과 통제집단으로 설정한 뒤 제도 이용 전후 가족관계 만족도의 변화를 이중차이모델을 이용하여 분석하였다. 두 선행연구의 분석 결과는 서로 다르게 나타났는데, 권현정 외(2011)에서는 삶의 질 측면에서는 제도 성과가 나타나지 않았으나 가족관계 만족도는 향상된 것으로 나타났다. 민기채(2011)에서는 해당 가족관계 만족도에 부정적인 영향을 미친 것으로 나타났다.

이슬비(2013)에서는 한국복지패널데이터를 이용하여 제도 시행 전과 후의 삶의 전반적인 만족도와 가족관계 만족도에 대한 이중차이분석을 실시하였고, 그 결과 전반적인 만족도의 경우 제도 시행 1년 후인 2009년에는 제도효과가 나타나지 않았고, 2010년에는 오히려 음(-)의 방향으로 제도효과가 유의미하게 나타났다. 가족생활 만족도 역시 유의미한 결과의 경우 음(-)의 방향으로 나타났다.

한수정 외(2014)에서는 한국복지패널 데이터를 이용하여 성향점수 매칭을 통해 실험집단과 통제집단을 구성한 후, 삶의 질 및 가족관계 만족도, 복지인식 등을 종속변수로 하여 패널고정효과 모형에 따른 이중차이분석을 실시하였다. 그 결과 노인장기요양제도 이용은 삶의 질과 가족생활 만족도를 오히려 감소시키는 것으로 나타났다. 한수정(2016)에서는 역시 동일 데이터를 사용, 성향점수매칭 후 이중차이 분석과 삼중차이 분석을 실시하였는데, 그 결과 노인장기요양보험의 목적인 대상노인과 부양가족의 전반적 만족도, 가족관계 만족도, 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도 모두에 부정적인 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 특히, 정책시행 이후 더 긴 기간으로 갈수록 배우자와의 관계에 대한 만족도를 제외한 모든 변수에서 더 부정적인 것으로 나타났다. 또한 여성집단에 비해 남성집단에서, 64세 이하 집단에 비해 65세 이상 집단에서 가족관계 만족도가 노인장기요양보험 수급 이후에 더 부정적인 것으로 나타났다.

이처럼 노인장기요양보험제도가 오히려 이용자와 부양가족의 삶의 만족도 등에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타나는 가운데, 전해숙(2017)은 해당 선행연구들이 노인장기요양보험 욕구가 있는 노인들 중에서 해당 제도가 시행된 후 실제로 서비스를 이용했을 때 당사자들의 삶의 만족도가 긍정적으로 바뀌었는지에 대한 직접적인 효과성 평가 연구는 없다는 점 등을 한계로 보고 노인장기요양보험에 대한 욕구가 있는 노인들의 삶의 만족도 궤적을 추정하였다. 그 결과 장기요양보험을 한 번이라도 이용한 사람들의 삶의 만족도 증가 속도가 한 번도 이용하지

못한 사람들보다 상대적으로 빠르게 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 장기요양보험 이용횟수가 많을수록 시간의 흐름에 따른 삶의 만족도 증가속도는 더 빠른 것으로 나타났으며 장기요양보험을 7년 연속 이용한 사람들의 삶의 만족도는 그렇지 않은 사람보다 빠르게 증가하는 것으로 나타났다.

노인장기요양보험을 프로그램 논리모형을 사용하여 분석한 연구로는 이석민 외(2012)의 연구가 있다. 이석민(2012)는 노인장기요양보험제도를 프로그램 논리모형을 통해 단계별로 분석 및 평가를 진행하였고, 해당 제도의 최종 목표인 삶의 질 향상이 과연 제도 설계 시 의도했던 논리적인 구조, 즉 프로그램 논리모형의 구조에 따라 이루어진 것이 맞는지 매개효과 분석을 통해 검증하였다. 그 결과 부양부담 감소와 노인의 건강상태 변화 등의 단기 결과들이 삶의 질 향상에 직접적으로 미치는 영향은 매우 큰 반면, 제도의 중기 결과인 사회경제활동 기회 증가 변수는 단독으로 삶의 질 향상에 미치는 영향이 작고 매개변수로서의 그 역할도 작은 것으로 나타났다.

이처럼 노인장기요양보험제도에 대한 다양한 선행연구들이 존재함에도 불구하고 해당 제도의 정책 효과에 대한 명백한 결론을 내리기란 쉽지 않다. 이는 노인장기요양보험제도의 최종 정책 목표의 계량적 측정이 쉽지 않다는 점에 기인한다. 어떤 정책의 효과를 평가하는 일반적인 방법 중 하나는 해당 정책의 최종 목표의 달성 여부를 측정하는 것이다. 그러나 노인장기요양보험의 최종 목표는 ‘국민의 삶의 질 향상’으로, 그 달성 정도를 측정하는 것은 쉽지 않다. ‘삶의 질’은 매우 추상적인 개념이다. 때문에 과연 ‘삶의 질’을 어떻게 조작적으로 정의하여 성과를 측정하는 것이 정확한 성과 측정을 가능하게 하는가에 대한 이견이 있을 수 있다. 노인장기요양보험제도를 평가하는 좋은 방법 중 하나가 해당 제도의 최종 목표를 평가하는 것이라는 점은 명백하나, 앞서 언급한 문제로 인해 최종 목표인 ‘국민의 삶의 질 향상’ 여부만으로 정책의 효과를 평가하는 것은 무리가 있다고 볼 수 있다.

때문에 정책의 최종 목표 달성 여부와 함께 해당 정책이 과연 사회적 니즈에 부합하여 만들어진 정책인지, 충분한 자원의 투입은 있었는지, 또 충분한 활동이 이루어지고 산출이 도출되었는지 등 정책의 과정과 각 단계에 대한 적절한 평가가 함께 이루어진다면 해당 정책에 대한 좀 더

종합적이고 심도 있는 평가가 이루어졌다고 볼 수 있을 것이다.

요약하자면, 본 연구에서는 우선 노인장기요양보험제도의 제도 설계상의 최종 목표인 국민의 삶의 질 향상 여부를 가설로 설정하여 이를 검정하였다. 또한 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 노인장기요양보험제도를 단계별로 분석하고 평가한 뒤 그 내용을 바탕으로 가설 검정의 결과를 해석하면서 해당 제도에 대한 종합적인 효과 평가를 시행하고자 하였다.

본 연구의 의의 및 선행연구와의 차별점은 다음과 같다. 우선 대다수의 관련 선행 연구들이 제도 실시 이후 몇 년 지나지 않은 시점에 이루어졌으며, 최신 선행연구 역시 2014년까지의 데이터를 사용하여 이루어졌으나, 본 연구는 2019년 현재 활용 가능한 최신 데이터인 한국 복지패널 2017년 및 2016년 데이터를 이용하여 진행되었다는 점에서 의의가 있다. 2008년 노인장기요양보험이 시행되고 10여 년이 지난 시점의 데이터를 이용하였기에 제도가 충분히 성숙된 후의 데이터를 사용하여 평가를 진행한 것이다.

또한 기존 선행연구들이 집단의 동질성을 확보하지 않은 채로 이중차이 분석 등을 실시한 반면, 본 연구에서는 이용집단과 미이용집단의 동질성을 확보하기 위해 성향점수 매칭 및 역확률가중분석방법을 이용하여 분석을 진행하였다.

가설 검정 결과를 해석함에 있어서도 프로그램 논리모형을 이용한 분석 결과를 활용하여 해석을 진행하였다. 즉 노인장기요양보험 제도를 하나의 프로그램으로 보고 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 성과 측정항목과 지표들을 개발하여 투입, 활동, 산출, 결과 등 각각의 단계에 대한 평가를 진행하였으며, 그 평가 결과들을 근거로 하여 가설 검정의 결과를 해석함과 동시에 노인장기요양보험에 대한 좀 더 종합적인 평가를 실시하고자 하였다.

제 3 장 연구 설계

제 1 절 연구방법

본 연구의 목적은 노인장기요양보험제도의 성과를 평가하는 것이다. 이를 위해 가설을 설정하고 이를 성향점수매칭과 역확률가중치분석을 통해 검정하였다. 이후 프로그램 논리모형을 이용하여 노인장기요양보험의 정책 전반을 단계별로 나누어 평가한 후 이를 바탕으로 가설검정 결과와 노인장기요양보험의 성과를 종합적으로 평가하였다. 이를 하나씩 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1. 연구 모형 및 가설 설정

본 연구의 연구 가설은 다음과 같다.

<연구 가설 1>

2017년 노인장기요양보험서비스를 이용한 수급자 및 가족구성원의 전반적인 만족도는 비수급자 및 그 가족구성원의 만족도보다 높을 것이다.

<연구 가설 2>

2017년 노인장기요양보험서비스를 이용한 수급자 및 가족구성원의 가족관계 만족도는 비수급자 및 그 가족구성원의 만족도보다 높을 것이다.

위의 가설을 검정하기 위해 한국복지패널 데이터를 이용하였다. 한국복지패널(KWP: Korean Welfare Panel Study)은 외환위기 이후 빈곤층, 근로빈곤층(working poor), 차상위층(near poor)의 가구형태, 소득 수준, 취업상태 등이 급격히 변화하고 있는 상황에서 이러한 계층의 규모 및 생활실태 변화를 동태적으로 파악함으로써 정책형성에 기여함과 동시에 정책지원에 따른 효과성을 제고하며, 연령, 소득계층, 경제활동 상태 등에 따른 인구집단별로 생활실태와 복지욕구 등을 역동적으로 파악하고 정책집행의 효과성을 평가함으로써 새로운 정책의 형성과 제도적 개선

등 정책 환류에 기여하고자 시행되었다.

본 연구에서는 한국복지패널의 2016년 및 2017년 데이터를 사용하였다. 실험 집단은 2017년에 노인장기요양보험을 이용한 가구원이 있다고 응답한 가구의 가구원들이다. 통제집단은 2017년에 노인장기요양보험을 이용한 가구원이 없다고 응답한 가구의 가구원들로, 실험집단과 가능한 동질적인 통제집단을 구성하기 위해 성향점수매칭과 역확률가중치를 사용하였다.

성향점수매칭과 역확률가중치를 사용하여 실험집단과 가능한 한 동질적인 통제집단을 구성한 뒤, 2017년 노인장기요양보험을 이용한 가구원이 있는지 여부를 독립변수로, 이들의 2017년 전반적 만족도와 가족관계 만족도를 종속변수로 하여 평균차이 분석(t-test)을 실시하였다.² 분석은 SAS 9.4의 psmatch 명령어를 사용하여 진행하였다.

<표 7> 연구 변수의 구성

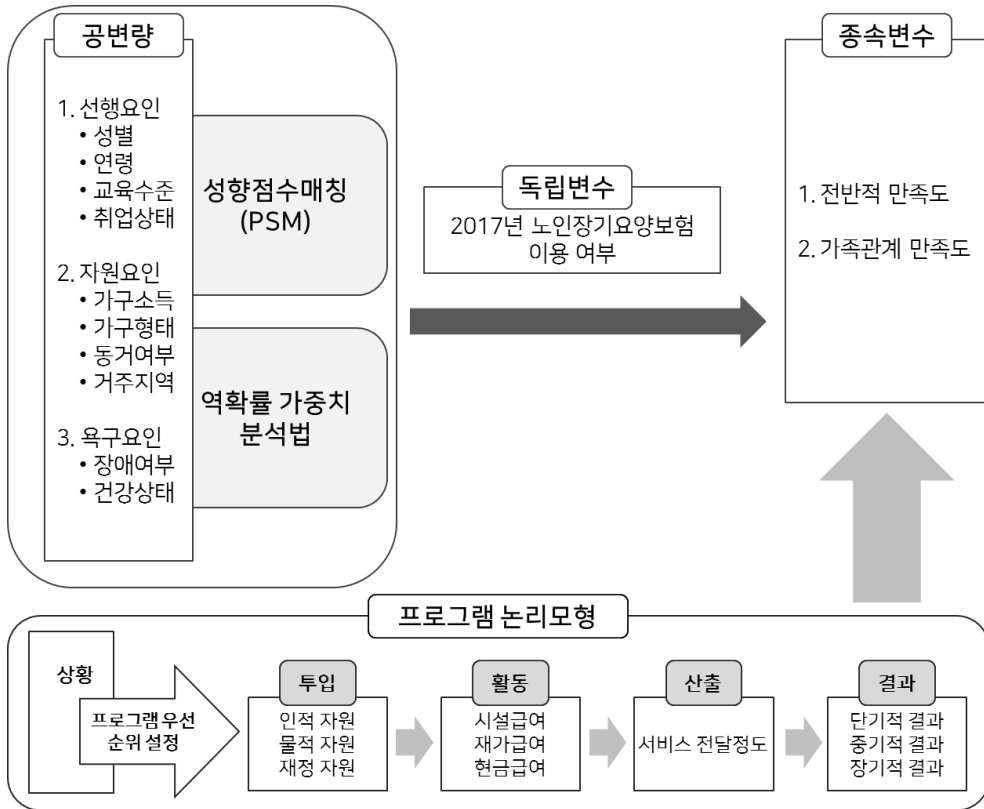
변수 설명		변수의 정의 및 측정
종속변수	(2017년) 전반적 만족도	5점 척도 (매우 불만족(1)~매우 만족(5))
	(2017년) 가족관계 만족도	7점 척도 (매우 불만족(1)~매우 만족(7))
독립변수	노인장기요양보험이용 여부	2017년 노인장기요양보험제도를 이용한 가구원이 있는 경우=1, 없는 경우=0

가설 검정 후에는 프로그램 논리모형을 통해 정책을 단계별로 쪼개어 각각의 단계의 성과를 평가하고 가설 해석과 함께 정책의 성과를 종합적으로 평가하였다.

이를 그림으로 나타내면 다음과 같다.

² 2017년 전반적 만족도와 가족관계 만족도를 종속변수로 사용한 것은 2017년 데이터는 2018년 상반기에 수집되었는데, 2017년 전반적 만족도의 경우 2018년 상반기 설문조사 시점에 응답자가 2017년을 돌아봤을 때 한 해 동안 느낀 전반적 만족도를 의미하며 가족관계 만족도의 경우 2018년 상반기 조사 시점에 느끼는 가족관계 만족도를 의미하기 때문이다.

<그림 4> 연구 모형



2. 가설 검정 방법

1) 성향점수매칭 (Propensity Score Matching, PSM)

가. 성향점수매칭 (Propensity Score Matching, PSM)

정책의 성과를 평가하는 방법 중 가장 우수한 방법은 무작위 배정에 따른 실험 설계이다. 그러나 현실적으로 프로그램의 참여 여부가 무작위적으로 배정되는 것은 불가능한 경우가 대부분이며, 특히 본 연구와 같이 2차 자료를 사용하는 경우에는 더욱 불가능하다. 때문에 평가방법론에 있어 실험집단과 통제집단을 최대한 무작위 배정에 따른 실험설계와 유사하게 만들어주기 위한 각종 준실험적 방법, 비실험적 방법들이 사용되고 있으며, 대표적인 방법 중 하나가 바로 성향점수매칭 (Propensity Score Matching, PSM)이다.

일반적으로 비무작위 실험연구와 관찰연구에서 가장 문제가 되는 것은 두 개의 집단이 자연스럽게 동질적으로 구성되지 않기 때문에 두 집단 간 특성차이로 인해 제3의 요인인 교란변수가 발생하여 인과관계 추정이 어렵게 된다는 것이다(이석민, 2018). 때문에 실험집단과 통제집단을 최대한 동질적으로 구성하는 것이 인과관계 추정의 핵심이다.

성향점수매칭은 이미 관찰된 자료에서 실험집단과 유사한 통제집단을 성향점수(propensity score)를 바탕으로 찾아내고 매칭을 하는 것이다. 여기서 성향점수란 개별 단위에 대해 관측된 여러 설명변수들에 대해 추정된, 개별단위 i 가 실험(처리)에 참여할 또는 배정될 ‘조건부 확률’을 의미한다.

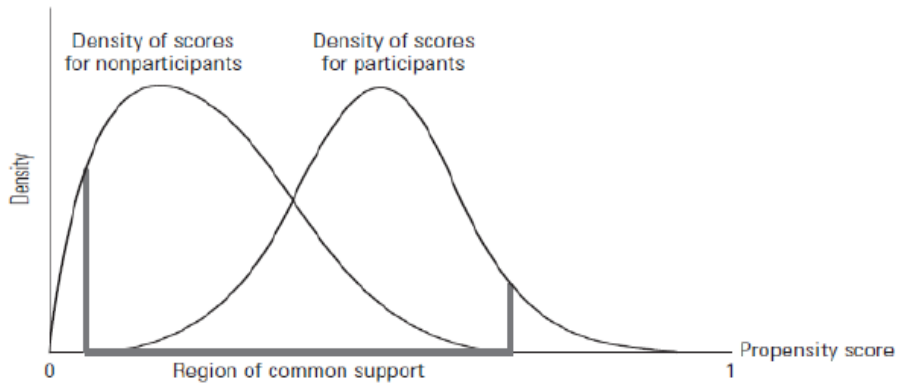
성향점수 매칭이 올바른 추정으로 이어지기 위해서는 다음의 두 가지 중요한 가정이 충족되어야 한다. 첫째는 ‘조건부 독립성의 가정’이다. 이는 관찰할 수 있는 설명변수들 X 를 통제하면(또는 설명변수(X)가 두 집단간에 동일하게 구성되었을 때) 어느 집단을 실험집단과 통제집단으로 하더라도 그것은 무작위적이고 우연한 것이며, 어떤 경우의 실험-비교 조합이든 실험집단과 비교집단의 결과의 차이는 동일하다는 것을 의미한다(이석민, 2018). 이를 식으로 나타내면 다음과 같다.

$$(Y_0, Y_1) \perp T \mid X$$

두 번째 조건은 실험집단과 통제집단의 프로그램 참여확률 분포에 공통의 영역이 존재하여야 한다는 ‘공통영역 존재의 가정’이다. 공통영역은 중첩(overlap)이라고도 하는데 중첩되지 않은 부분은 탈락하게 되므로 PSM의 효과성은 실험집단과 통제집단의 참가자 관측치가 공통지지영역의 범위에 많이 분포하는 것으로 결정된다. 이를 그림과 수식으로 나타내면 다음과 같다.

$$0 < P(T=1 \mid X) < 1$$

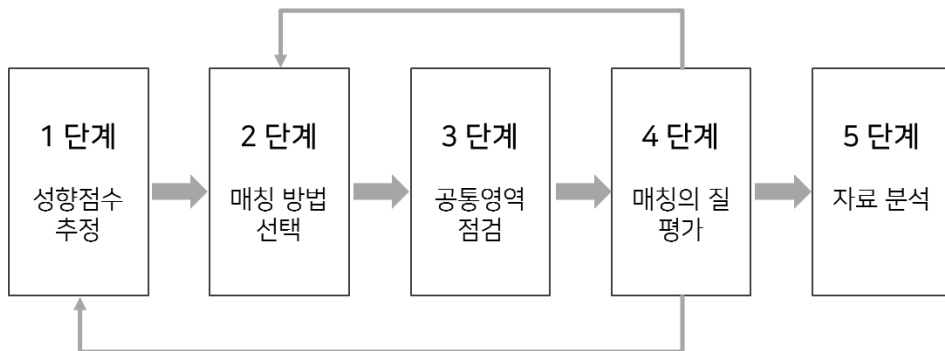
<그림 5> 공통영역(common support)의 예



자료: Khandker et al.(2010)

성향점수매칭의 구체적인 절차는 다음과 같다.

<그림 6> 성향점수 매칭의 실행단계



1단계는 각 개별 단위에 대한 성향점수를 산출하는 것이다. 성향점수는 프로그램 참여자와 비참여자 모두에 대해 도출되며, 관측 가능한 설명변수들을 독립변수로 하고 프로그램 참여 여부를 종속변수로 하는 이항 로지스틱 분석 등을 통해 계산된다. 이 때 어떤 설명변수들을 사용할 것인지가 매우 중요한데, 참여 여부에 영향을 주는 변수가 방정식에 포함되지 않는다면 PSM은 왜곡될 가능성이 크다. 그러나 적절한 설명변수를 어떻게 선택할 것인가에 대해서는 방법론상의 한계가 존재하는데, 결국 설명변수의 선택은 연구영역에 대한 연구자의 지식 및 선행연구들에 기반하여 선택되어야 하는 것으로 알려져 있다.

2 단계에서는 매칭 방법을 선택한다. 매칭 방법에는 탐욕 매칭 (Greedy matching), 최근거리매칭 (Nearest neighbor matching), 칼리퍼 매칭(Calliper matching) 등이 있다. 각각의 매칭 기법은 어느 한 기법이 다른 기법보다 통계적으로 우월한 것은 아니며, 각기 상이한 장단점을 갖고 있다고 알려져 있으며, 연구 목적에 부합하면서 실험집단과 통제집단의 공변량 매칭이 가장 잘 이루어지는 방법을 기준으로 하여 선택하는 것이 일반적이다. 현재 가장 많이 사용되는 방법은 탐욕 매칭, 그 중에서도 최근거리 매칭으로, 본 연구에서도 해당 방법을 사용하여 매칭을 실시하였다. 매칭 방법의 결정 이후에는 실험집단에 매칭될 통제집단의 단위의 표본수를 1로 할 것인가 혹은 5 이하의 복수표본으로 할 것인가를 결정해야 하며, 매칭된 비교 표본의 재사용 여부(replacement)에 대해서도 결정을 해야 한다.

3 단계에서는 실험집단과 통제집단의 성향점수의 공통영역을 설정한다. 여기에는 두 가지 방법이 있다. 하나는 두 집단의 성향점수의 최소값과 최대값을 기준으로 하는 것으로, 각 집단의 성향점수가 상대집단의 최소값보다 작은 모든 관측치와 최대값보다 큰 모든 관측치를 제거하는 방법이다. 두 번째 방법은 추정된 확률분포를 기준으로 하는 것으로, 두 집단의 확률분포가 0보다 큰 범위만을 공통영역으로 설정하고 나머지는 제거하는 것이다(한수정, 2014).

4단계에서는 매칭의 질을 평가한다. 매칭이 완료된 실험집단과 통제집단 간에 성향점수와 통제변수들의 분포가 균형을 이루고 있는지를 판단하는 것이다. 만약 매칭 후에도 두 집단 간에 유의미한 차이가 발견된다면, 매칭 방법을 수정하거나 공변량을 추가 혹은 제거하는 등의 수정이 필요하다. 다양한 매칭방법을 사용해서 매칭의 적합성을 비교한 후 가장 적합한 방식으로 매칭을 진행하는 것이 바람직할 것이다.

마지막 단계는 매칭의 효과를 추정하는 것으로 실험집단과 통제집단 간 결과 변수들의 효과를 추정하고 이를 비교하여 검토한다.

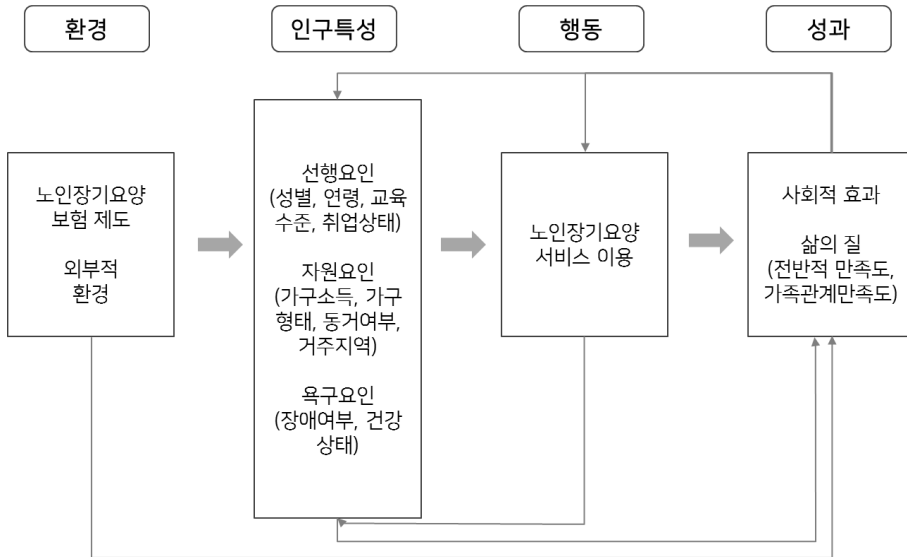
나. 변수의 정의와 측정

본 연구에서의 PSM을 위한 공변량 선택은 기본적으로 선행연구의 공변량들을 참고하였다. 적절한 공변량을 어떻게 선택할 것인가에 대해서는 방법론상의 한계가 존재하며, 결국 설명변수의 선택은 연구영역에 대한 연구자의 지식 및 선행연구들에 기반하여 선택되어야 하는 것으로 알

려져 있다.

선행연구들의 공변량 선정의 이론적 근거는 Anderson의 의료행동 모델이다.

<그림 7> Anderson의 의료행동모델



자료: 권현정(2011)

본래 Anderson의 의료행동모델은 의료서비스 이용행동에 대한 이론적 분석틀이지만, 노인장기요양서비스 이용과 관련된 각종 연구에서도 폭 넓게 사용되고 있다(임정기, 2008; 이윤경, 2009). 노인장기요양보험 서비스 이용이라는 행동에 영향을 미치는 선행요인, 자원요인, 욕구요인에 대해 간략히 설명하자면 다음과 같다. 선행요인(predisposing characteristics)이란 인구학적 특성, 사회구조적 특성을 의미한다. 자원요인(enabling resources)은 해당 서비스를 이용하도록 도와주는 자원에 관한 것을 의미한다. 욕구요인(need factor)란 개인이 지니고 있는 욕구로 장애나 질병의 수준과 관련된 요인으로 해당 서비스를 필요로 하는 개인의 욕구를 나타낸다(권현정, 2011).

본 모델을 이론적 근거로 하여 선행연구들에서 사용한 공변량 등을 바탕으로 선정한 본 연구의 PSM 공변량은 다음과 같다.

<표 8> 성향점수매칭을 위한 변수의 구성 및 측정

변수 설명		변수의 정의 및 측정
선행요인	성별	남=1, 여=0
	연령	2016년 가구원의 나이(세)
	교육수준	중졸이하=1, 전문대학졸업이하=2, 대졸이상=3
	취업상태	취업=1, 미취업=0
자원요인	가구소득	일반=1, 저소득층=0(중위 균등화 소득의 60% 수준)
	가구형태	일반=1, 단독=0
	동거여부	동거=1, 비동거=0
	거주지역	서울·광역시·시=1 군·도농복합군=0
욕구요인	장애여부	유=1, 무=0
	건강상태	5점 척도 (아주 건강하다(1) ~ 건강이 아주 안 좋다(5))
기타	(2016년) 전반적 만족도	5점 척도 (매우 불만족(1)~매우 만족(5))
	(2016년) 가족관계 만족 도	7점 척도 (매우 불만족(1)~매우 만족(7))

선행요인으로는 인구사회학적 특성인 성별, 연령, 교육수준, 그리고 취업상태를 선정하였다. 자원요인 중 개인과 가족 차원에서는 가구소득, 가구형태, 동거여부를, 지역사회 차원에서는 노인장기요양보험 서비스의 지리적 접근성과 관련된 거주 지역 변수를 선정하였다. 욕구요인으로는 장애여부와 건강상태를 선정하였다.

본 연구에서는 2017년 노인장기요양보험서비스 이용여부를 독립변수로 하고 2017년 한 해의 전반적 만족도와 2018년 초의 가족관계 만족도를 종속변수로 하여 가설을 검정한다. 동일한 실험집단과 통제집단의 매칭을 위해 한 해 전의 전반적 만족도와 가족관계 만족도 변수를 공변량에 추가하였다.

3) 역확률가중치분석법

가. 역확률가중치분석법

성향점수(P propensity Score)는 앞서 언급한 성향점수매칭 외에도 역확률 가중치(inverse probability treatment weighting, IPTW), 층화(stratification) 등의 방법으로 활용된다.

성향점수매칭은 매칭 과정에서 많은 표본의 탈락이 있게 되어 주어진 표본 정보의 충분한 활용이 이루어지지 못한다는 단점이 있다. 반면 성향점수를 가중치로 활용하는 역확률 가중치 분석의 경우 표본 정보를 충분히 활용할 수 있다.

본 연구에서는 성향점수 매칭을 통한 분석 뿐 아니라 성향점수를 활용하여 각 개인이 각 집단에 속할 확률의 역수를 곱하여 개체별 가중치를 구하는 역확률 가중치 방법을 사용하여 평균차이 분석을 실시하여 가설을 추가적으로 검증하였다.

역확률 가중치는 다음의 식을 통하여 산출된다.

$$w_i = \frac{T_i}{P_i} + \frac{(1 - T_i)}{1 - P_i}$$

위 식에서 w_i 는 개체 i 의 역확률 가중치를 의미하며, T_i 는 처치여부 (1=처치집단, 0=통제집단), P_i 는 개인 i 의 성향점수를 의미한다. 다만 이는 모수로서, 공변량이 주어졌을 때 이를 바탕으로 예측한 확률의 추정치로 아래와 같이 산출한다.

$$\widehat{w}_i = \frac{T_i}{\widehat{P}_i} + \frac{(1 - T_i)}{1 - \widehat{P}_i}$$

$$\widehat{P}_i = \frac{e^{X_i \hat{\beta}}}{1 + e^{X_i \hat{\beta}}} = \frac{1}{1 + e^{-X_i \hat{\beta}}}$$

이렇게 산정된 가중치를 바탕으로 처치(통제)집단에 속할 확률이 높은 개체에게는 낮은 가중치가 부여되고, 처치(통제)집단에 속할 확률이 낮은 개체에게는 높은 가중치가 부여되게 된다. 이는 최대한 처치집단과 통제집단을 무작위 할당(random assignment)으로 구성되었을 처치집단과 통제집단의 상태에 가깝게 만들어주기 위한 시도라 볼 수 있다.

다만 이러한 역확률 가중치는 처치집단과 통제집단의 양 극단에 위치한 개체들로 인해 매우 크거나 작은, 극단적인 값을 가지게 될 수 있고 이에 따라 가중치를 이용한 분석에서도 소수의 개체가 지나치게 큰 영향을 끼칠 수 있다는 단점이 존재한다. 이를 보완하기 위한 방법 중 하나가 안정화 역확률 가중치(stabilized inverse probability weight)를 사용하는 것이다. 안정화 역확률 가중치는 기존의 역확률 가중치의 분자에 공변인을 고려하지 않았을 때의 각 집단에 속할 확률을 곱하여 극단적인 값을 보정하는 방식으로 산출된다(변상민, 2017). 구체적으로는 각 집단의 사례 수를 각 집단의 가중치의 합으로 나누어진 안정화 상수를 곱하여 산출되며 그 과정은 아래와 같다.

$$sw_i = \frac{T_i(s_T)}{P_i} + \frac{(1 - T_i)(s_C)}{1 - P_i}$$

$$(s_T = \frac{n_t}{\sum_{k=1}^{n_t} w_k}, s_C = \frac{n_c}{\sum_{k=1}^{n_c} w_k})$$

위 식에서 안정화 상수는 처치집단에서는 s_T 로, 통제집단에서는 s_C 로 표현되며, sw_i 는 안정화 역확률 가중치를 나타낸다. 이와 같은 방법을 통해 각 집단의 가중치의 합은 각 집단의 사례 수와 동일하게 되어 기존의 역확률 가중치보다 조정된 값을 가지게 된다(윤현식, 2018).

그러나 안정화 역확률 가중치를 적용한 후에도 여전히 일부 개체의 영향이 다른 개체들에 비해 지나치게 크게 나타난다면 이는 문제가 될 수 있으므로 Rubin(2001)은 역확률 가중치를 이용할 때 가중치가 10이 넘는 개체를 분석에서 제외하거나 상위 및 하위 2.5%를 제외하고 분석을 진행하는 방법을 제안하였다. 본 연구에서는 가중치가 10이 넘는 개체들을 제외하는 방법으로 분석을 진행하였다.

나. 변수의 정의와 측정

역확률 가중치는 성향점수를 이용하여 산출된다. 본 연구에서는 앞서 성향점수매칭 시 사용할 성향점수 산출을 위해 공변량을 선정하여 제시하였고 역확률 가중치 분석 역시 동일한 성향점수를 사용한다.

3. 프로그램 논리모형

가. 프로그램 논리모형

노인장기요양보험의 프로그램 논리모형은 아래와 같다.

<그림 8> 노인장기요양보험 프로그램 논리모형



본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 근간이 되는 노인장기요양보험법과 노인장기요양보험제도를 집행하는 국민건강보험공단이 실시한 국민만족도 조사의 조사 설계 논리를 바탕으로 하여 프로그램 논리모형을 구성하였다.

프로그램 논리모형의 가장 일반적인 형태는 다이어그램 및 이를 구성하는 박스들의 인과관계를 나타내는 일방향의 화살표이며, 본 연구의 연구모형 역시 이러한 일반적인 형태를 따라 구성되었다.

연구모형의 구성요소들은 연구자에 따라 다양하게 구성되나, 가장 일반적으로 사용되는 요소들은 투입(input), 활동(activity), 산출(output), 그리고 결과(outcome)이다. 이들 각각의 구성요소들에 대한 정의 또한 대부분의 연구에서 동일하거나 유사하다(홍희정, 2015). 본 연구도 이러한 구성 요소들을 바탕으로 하되 상황(situation) 요인을 추가하였다.

본 연구에서는 노인장기요양보험제도와 관련된 선행연구와 정부 보고서, 노인장기요양보험법 및 각종 공개자료 등을 참고하여 프로그램의 각 단계마다 평가지표를 설정하였고, 각각의 평가지표에 대한 평가를 실시함으로써 결과적으로는 프로그램 전체에 대한 평가를 실시하였다.

나. 평가 지표의 설정

프로그램 논리모형에서 평가지표(performance indicator)는 실질적인

평가를 수행하는 데에 지침으로 작용하기 때문에 중요하다(홍희정, 2015). 평가지표를 설정할 때에는 몇 가지의 중요한 기준들을 충족시켜야 한다(이석민, 2011). 첫 번째 기준은 직접성이다. 기본적으로 산출은 직접적으로 측정되어야 하며, 제한이 있을 경우에는 대리측정방법을 사용할 수 있다는 것이다. 두 번째 기준은 구체성이다. 평가 지표는 프로그램의 대상자를 비롯한 관계자들이 정확하게 이해할 수 있도록 최대한 구체적으로 명시되어야 한다는 것이다. 세 번째는 유용성 기준이다. 평가 지표는 프로그램의 이해와 개선을 위해 필요한 정보를 구체적으로 제공해야 한다. 네 번째는 현실성 기준으로, 지표측정에 드는 비용은 정보의 유용성보다 적어야 한다는 것이다. 다섯 번째는 문화적 적합성이다. 어떤 문화에서는 의미 있는 지표가, 다른 문화권에서는 그렇지 않을 수 있음을 고려해야 한다. 마지막으로 적절성 기준을 고려해야 한다. 즉 지표의 수는 가능하면 1개 이상 5개 이하 정도가 적합하며, 꼭 긍정적인 지표만이 아니라 부정적인 지표 역시 포함되어야 한다는 것을 뜻한다.

이처럼 적절한 평가지표를 논리모형의 각 단계마다 설정하고 이를 평가함으로써 평가자들은 정책이 의도한 산출과 결과들이 실제로 성취되었는지, 프로그램의 목표가 의도한대로 달성되었는지를 모니터링하고 평가할 수 있다(김봉태, 2009; 홍희정, 2015).

본 연구에서도 역시 위의 기준들을 고려하여 성과 지표들을 설정하고 이를 평가하였다.

1) 상황 분석 및 정책목표의 설정

상황(situation)의 단계에서는 문제와 이슈가 무엇인지를 기술한다(홍희정, 2015). 이는 곧 정책문제가 무엇인가를 정의하는 것이라 볼 수 있다. 프로그램은 이 단계에서 정의된 정책문제에 따라 해당 문제의 해결을 위해, 문제가 되는 요인의 전부 또는 일부를 정책의 목표에 반영하게 된다(McLaughlin & Jordan, 2010:64). 즉 정책의 목표를 정의한 후 이를 프로그램 논리모형에 포함시켜 평가해야 한다. 현실의 복잡성으로 인해 하나의 정책에도 다수의 정책 목표들이 존재하는 경우가 대부분인데, 본 연구에서는 이러한 다수의 정책 목표들을 해당 정책이 달성하고자 하는 가장 궁극적이고 직접적인 목적에 해당하는 직접적 목표들과, 부수적인 효과에 해당되는 간접적 목표들로 나누어 보았다.

노인장기요양보험제도가 등장하게 된 상황을 살펴보자면 우리나라는 지난 2000년 전체 인구 중 65세 이상의 노령인구가 차지하는 비율이 7%를 넘어가는 고령화 사회(Aging Society)에 진입하였으며, 급격한 인구 고령화가 진행될 것으로 예상되었다. 또한 이에 따라 치매, 중풍 등의 질병으로 인해 요양보호가 필요한 노인의 수가 급속히 증가할 것으로 예측되었다. 공적노인요양보장추진기획단(2004)에 따르면, 2003년 65세 이상 노인의 14.8%에 해당하는 약 59만명의 노인이 요양보호 필요노인으로 판단되었으며 이 숫자는 2010년에는 79만명, 2020년에는 114만명으로 증가할 것으로 예측되었다. 이러한 와중에 핵가족화, 여성의 사회 활동 증가 등으로 인해 가정에 의한 요양보호가 한계에 도달한 것으로 예상되었는데, 실제 2002년 12월 대구에서는 치매 시어머니 살해사건이 발생하는 등 노인부양부담으로 인한 각종 사회 문제가 발생하고 있는 것으로 파악되었다.

또한 중산·서민층 노인이 이용할 수 있는 시설이 절대적으로 부족하고, 유료시설 이용 시 그 비용부담이 과중하다는 문제 역시 존재했다. 예를 들어 2년간 요양시설 이용 시 가구별로 약 1,680만원 ~ 6,000만원의 비용이 발생하는 것으로 추정되었다.

건강보험재정문제도 발생할 것으로 예측되었다. 노인인구의 증가와 요양병원수가 미비 등으로 노인의료비 역시 급격히 증가할 것으로 예상되었으며 이로 인해 건강보험 재정이 압박을 받을 것으로 추정되었는데 노인의료비는 1990년 2391억원(10.8%)에서 1995년에는 7281억 원(12.2%), 2001년에는 3조 6356억원(19.3%)까지 증가하였으며, 노인비율 10% 수준인 2010년에는 전체 의료비의 약 30% 가까이를 차지할 것으로 전망되었다.

이러한 여러 가지 현황을 고려할 때, 고령화 사회에서 증가하는 노인요양보호문제는 국민들의 노후의 최대 불안요인으로 작용할 수 있으며, 노인의 자립생활 지원 및 가족부담 경감과, 증가하는 노인 요양비 및 노인의료비 문제에 효율적으로 대응하기 위해서는 종래의 선별적인 노인복지서비스에서 벗어나 보편성과 포괄성을 확보한 ‘공적노인요양보장체계’의 구축이 불가피하다는 것이 공적노인요양 보장추진기획단(2004)에 언급되어 있다.

이 외에도 공적노인요양보장체계가 구축될 경우 재가 및 시설 서비스와 관련된 고용창출 및 이에 따른 지역경제 활성화, 그리고 건강보험 재정안정을 달성할 수 있을 것으로 기대된다고 공적노인요양

보장추진기획단(2004)은 보았다.

이러한 상황을 바탕으로 도출된 노인장기요양보험제도의 목표는 하기와 같이 정의된다. 먼저 해당 제도의 직접적 목표는 노인장기요양보험법 제1조(목적)³에 명시된 내용으로 설정되었다. 즉 노인의 건강상태 호전과 노인의 생활안정 도모를 통한 가족부양 부담 감소로 국민의 삶의 질을 향상시키는 것이 노인장기요양보험제도의 직접적 목표이다.

본 제도의 간접적 목표는 고용창출, 지역경제활성화, 건강보험 재정 안정의 세 가지를 설정하였다. 이러한 간접적 목표들은 노인장기요양보험제도의 시행을 검토하며 2004년 공적노인요양보장추진기획단이 발간한 공적노인요양보장체계 개발연구에 명시된 해당 제도의 기대효과를 바탕으로 설정되었다. 고용창출이라 함은 노인간병인력, 전문 간호사 등이 양성됨에 따라 고용창출 효과가 있을 것을 기대한 것이며, 지역 경제 활성화는 요양시설, 요양병원 등 요양보호 인프라가 확충됨에 따라 지역경제가 활성화될 것을 기대한 것이다. 마지막으로 건강보험 재정 안정은 노인장기요양보험제도의 도입으로 노인의료비가 감소할 것을 기대하였다.

<표 9> 노인장기요양보험제도의 프로그램 목표

정책목표		관련 연구 및 자료
직접적 목표	노인의 건강상태 호전	노인장기요양보험법 제1조(목적)
	노인의 생활안정 도모	노인장기요양보험법 제1조(목적)
	가족부양 부담 감소	노인장기요양보험법 제1조(목적)
	국민의 삶의 질 향상	노인장기요양보험법 제1조(목적)
간접적 목표	고용창출	공적노인요양보장추진기획단(2004)
	지역경제활성화	공적노인요양보장추진기획단(2004)
	건강보험 재정 안정	공적노인요양보장추진기획단(2004)

이러한 직접적 목표들은 프로그램 논리모형상의 결과(outcome) 단계를 구성하게 된다. 해당 프로그램을 통해 달성하고자 하는 목표가 곧 프로그램 시행을 통해 얻고자 하는 결과와 동일하기 때문이다. 이렇게 도출된 직접적 평가지표에 관해서는 이후 결과단계의 평가 지표

³ 제1조(목적): 이 법은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.

설정에서 다를 예정이다. 다만 간접적 목표의 경우 일종의 부수적인 효과에 해당하는데다가, 고용창출, 지역경제활성화, 건강보험 재정안정 등은 본 연구에서 다루기에는 무리가 있으므로 분석을 생략하였다.

상황 단계에서의 평가 지표 구성은 하기와 같다.

<표 10> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 상황(situation)

항목	평가지표	중요변수
정책 목표 파악	입법 취지 파악: 노인장기요양보험법, 정부보고서	-
수요 분석	사회적 니즈 반영 정도	설문조사 결과: 장기요양보호 욕구 노인 규모 측정을 위한 전국 단위 실태조사 자료, 부모 수발에 대한 국민 의식 조사 자료, 요양보호 필요 노인 수 추정 자료 등

2) 투입 단계

투입(input)은 프로그램 집행을 위한 투입요소로써 사업이나 프로그램의 과정에서 소비되는 자원을 의미한다. 자원은 보통 크게 인적 자원, 물적 자원, 그리고 재정적 자원으로 구분한다. 인적 자원은 기관인력, 자원봉사자, 협력자 등을 의미하며, 물적 자원은 근무·활동시간, 공간, 시설, 관련 제도 및 법령 등을 의미한다. 재정적 자원은 보통 예산을 의미하는데 예산을 구성하는 정부 재정, 민간 자본 등을 모두 포함하는 개념이다. 이렇게 투입된 자원들은 프로그램 활동을 수행하고 산출물(outputs)을 생산하는 데에 이용된다.

본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 투입(input)을 인적 자원, 물적 자원 그리고 재정적 자원으로 구분하였다. 인적 자원 관련하여 본 연구에서는 보건복지부와 국민건강보험관리공단이 해당 제도의 집행을 위해 충분한 전담 인력과 시간을 투입하고 있는지를 중점적으로 살펴본다. 또한 지역별(도시별) 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 수를 지표로 선정하였다. 요양보호사는 직접적으로 장기요양서비스를 제공하는 인력으로서, 적절한 장기요양서비스를 제공하기 위해서는

지역별로 충분히 확보되어 있을 필요가 있다.

물적 자원으로는 가장 먼저 지역별 인정자 1,000명당 시설 침상 수 및 재가장기요양기관수를 지표로 선정하였다. 시설 침상 수는 장기요양등급 인정자가 손쉽게 시설에 입소할 수 있는지를 파악할 수 있는 지표이자 지역 내 시설이 과다 설치되어있는지를 확인할 수 있는 지표이다. 만약 특정 지역의 시설 침상수가 적다면, 장기요양등급 인정자의 입소 기회가 적다는 것을 의미할 수 있다. 지역별 인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수 역시 지역 내 장기요양등급 인정자가 손쉽게 재가서비스를 이용할 수 있는지, 혹은 특정 지역에 재가장기요양기관이 과다하게 설립된 것은 아닌지 등을 확인할 수 있는 지표이다.

또한 지역별(시도별) 노인 입소생활시설의 입소 (정원)충족률을 지표로 선정하였는데, 입소생활시설 수가 적절한지의 여부와 함께 장기요양등급인정자가 시설 입소를 원하더라도 시설 부족으로 인해 입소가 불가능할 수 있다는 점에서 시설 입소 접근 용이성을 판별할 수 있다.

마지막으로 재정자원으로는 국고예산 투입 비중을 살펴보았다. 이는 제도의 지속가능성과도 연결되는 성과 지표인데, 국고지원금의 수준에 따라서 장기적으로는 재정안정화에도 영향을 줄 수 있기 때문이다.

<표 11> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 투입(input)

항목	평가지표	중요변수
인적자원	1. 전담 부서의 유무	보건복지부, 건강보험관리공단의 전담부서, 인력 현황 등
	2. 담당 인원 수	
	3. 요양보호사 수	지역별(시도별) 등급 인정자 1,000 명당 요양보호사 수
물적자원	4. 시설 침상 수	지역별(시도별) 등급 인정자 1,000 명당 시설 침상 수
	5. 시설 (정원)충족률	지역별(시도별) 노인 입소생활 시설의 입소 (정원)충족률
	6. 재가장기요양기관 수	지역별(시도별) 등급 인정자 1,000 명당 재가장기요양기관 수
재정자원	7. 국고 예산 투입 비중	연도별 보험료총액/국고지원금총액 * 100

3) 활동 단계

활동(activity)은 프로그램의 산출물들(outputs)을 생산하는데 필요한 모든 활동 조치들이다 (노화준, 2018:75). 즉 앞서 투입 단계에서 투입된 자원을 사용하여 실질적으로 수행하는 모든 구체적인 프로그램의 활동 조치들을 의미한다. 이러한 활동에 대한 평가는 보통 활동의 결과라고 볼 수 있는 산출(output)과 분리하지 않고 함께 이루어지는 것이 일반적이다. (홍희정, 2015; McLaughlin & Jordan, 2010: 57-58) 산출은 활동에 의해 생성되는, 활동의 결과물으로써 프로그램의 직접적인 고객이나 프로그램 참여자들에게 제공되는 생산물(products), 재화 및 서비스라고 볼 수 있다(노화준, 2018:75). 본 연구에서도 활동과 산출 단계의 평가 지표를 분리하지 않고 구성하였고, 이는 산출 단계에서 제시되었다.

활동 및 산출에 대한 평가는 곧 정책의 집행 과정에 대한 평가라고 할 수 있기 때문에 중요하다. 어떠한 정책이 좋은 정책 목표를 갖고 충분한 자원이 투입되었다 하더라도 그것이 반드시 목적했던 정책의 결과를 가져오는 것은 아니다. 좋은 정책 집행이 이루어져야 목적했던 정책이 결과를 가져올 가능성이 높아지며, 때문에 정책 집행 과정에 대한 평가가 이루어져야 한다. 프로그램 논리모형은 정책 문제의 정의에서부터 정책 목표의 달성 여부까지의 전 과정을 평가하는 유용한 도구이다. 활동과 산출에 대한 평가를 통해 정책 집행 과정을 살펴봄으로써 전체 정책을 평가하고 추후 부족한 점들을 보완해 나갈 수 있는 기반이 마련된다.

노인장기요양보험제도의 활동은 노인장기요양보험법 제 23조(장기요양 급여의 종류)에 명시된 재가급여, 시설급여 그리고 특별현금급여의 제공을 의미한다. 노인장기요양보험제도의 핵심적인 활동이 곧 위의 세 가지 급여를 제공하는 것이라 볼 수 있기 때문이다.

4) 산출 단계

산출은 앞서 기술하였듯 활동에 의해 생성되는, 활동의 결과물으로써 프로그램의 직접적인 고객이나 프로그램 참여자들에게 제공되는 생산물(products), 재화 및 서비스라고 볼 수 있다(노화준, 2018:75). 산출 단계에서의 평가 지표는 가능하면 계량화가 가능한 형태로 설정되어야 평가가 용이해 진다. 한 가지 주의해야 할 것은 산출

(output)과 결과(outcome)은 엄연히 서로 다른 개념이라는 것이다. 산출은 결과에 도달하기 위한 일종의 개입이라고 볼 수 있으며 (홍희정, 2015) 산출이 결과로 이어지기 위해서는 그 인과관계가 가능한 한 명확하게 규명되는 것이 바람직하다. 또한 프로그램을 평가함에 있어 평가자들이 최종적으로 보고자 하는 것은 어디까지나 결과이지 산출 그 자체가 아니다. 프로그램의 궁극적인 목표가 논리모형상에서는 결과에 해당하기 때문이다. 그러나 현실적으로는 결과에 도달하기까지 많은 시간과 비용이 소모되고, 결과의 영향의 측정 또한 어렵기 때문에 많은 연구들에서 결과가 아닌 산출을 최종 성과지표로 제시하고 있는 것도 사실이다(홍희정, 2015; 이석민, 2011). 본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 산출뿐 아니라 결과도 가능한 선에서 평가하고자 하였다.

본 연구에서 설정한 활동 및 산출에 대한 평가지표는 하기와 같다.

<표 12> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 활동(activity) 및 산출(output)

평가지표		중요변수
재가 및 시설 급여 제공 ⁴	서비스 전달 정도	지역별(시도별) 장기요양등급 인정자 수(전체 노인 인구 대비 인정률)
		소득별 장기요양등급 인정자 수(전체 노인인구 대비 인정률)
		지역별(시도별) 등급외 비율

앞서 언급하였듯 활동 및 산출단계의 평가 지표는 직접적 활동과 간접적 활동으로 구분된다. 직접적 활동에서는 지역별(시도별) 장기요양 인정자 숫자 및 전체 노인인구 대비 비율과 급여이용 수급자 수를 살펴본다. 또한 노인의 계층별 요양서비스 이용 현황을 확인하였는데 이는 일반/경감/기초수급/의료수급으로 나누어 이용 현황을 확인한 것이다. 이는 노인장기요양보험이 기존의 공적 노인 요양서비스의 대상을 일반 노인으로까지 확대한 제도인 바, 실질적인 이용 계층의 현황을 형평성의 측면에서 확인하기 위함이다. 마지막으로 절대적인 인정자 숫자 외에, 노인장기요양보험 이용 욕구가 있는 사람의 수를 감안했을 때 얼마나 많은 수의 사람이 혜택을 받고 있는지를 보기 위해

⁴ 재가급여와 시설급여가 전체 급여의 대부분을 차지하여 현금급여는 논의에서 제외하였음.

지역별(시도별) 등급외자 비율을 살펴보았다.⁵

5) 결과 단계

결과는 활동과 산출물로부터 나오는 편익이다. 프로그램은 대부분 복수적이고 순차적인 결과들을 가져오는데 (노화준, 2018:75) 때문에 많은 연구자들이 결과를 단기적 결과, 중기적 결과 그리고 장기적 결과로 구분하여 평가한다. 결과에 대한 평가는 곧 정책이 당초 목표로 했던 정책 목표를 달성했는지의 여부와 연관이 있으므로 매우 중요하다.

본 연구에서도 장기노인요양보험제도의 정책 목표들을 결과 단계에 배치하고 평가지표를 설정하였다. 우선 단기 결과에는 노인의 건강상태 호전, 노인의 생활안정 도모, 가족의 부양부담 감소를 설정하였다. 이는 모두 노인장기요양보험법 제1조(목적)에 명시된 내용이다. 장기 결과로는 역시 같은 조항에 명시된 국민의 삶의 질 향상을 설정하였다. 노인장기요양보험제도의 가장 궁극적인 목표는 국민의 삶의 질 향상이라고 볼 수 있다.

이렇게 설정된 단기 결과가 장기 결과로 이어지는 데 있어 중기 결과 항목이 추가 되었는데, 이는 단기 결과와 장기 결과의 인과관계를 논리적으로 구성해주는 요소이다. 중기 결과는 이용자의 자립 생활과 부양자의 사회·경제활동 기회 증가로, 노인의 건강상태가 호전되고 노인의 생활안정이 도모되고 가족의 부양 부담이 감소되면 결과적으로 노인의 자립생활이 가능해지고 부양자는 사회 및 경제활동을 할 기회가 증가하게 되어 궁극적으로는 국민, 즉 노인과 부양자 모두의 삶의 질이 향상된다는 것을 의미한다. 이러한 중기 결과는 국민건강보험공단이 실시한 국민만족도 조사설계에서의 논리를 바탕으로 한다.

이 외에도 노인장기요양보험제도의 간접적인 목표, 혹은 부수적인 효과인 고용창출, 지역경제활성화, 건강보험 재정 안정 등이 존재하나, 본 연구에서는 다루지 않을 예정이다.

본 연구의 결과 단계에서의 구성요소와 평가지표는 하기와 같다.

<표 13> 노인장기요양보험제도의 평가 지표 구성: 결과(outcome)

⁵ 등급외는 장기요양 인정신청을 했지만 장기요양을 받기에는 건강상태가 비교적 양호하여 인정을 받지 못한 경우를 뜻한다.

항목	평가지표	중요변수
단기적 결과	1. 노인의 건강상태 호전 2. 노인의 생활안정 도모 3. 가족의 부양부담 감소	1. 노인의 건강상태 호전 - 노인장기요양보험제도 만족도 조사 자료의 이용자 노인의 건강상태 호전 여부 2. 노인의 생활안정 도모 - 노인장기요양보험제도 만족도 조사 자료의 의료기관 이용 빈도 변화 여부 3. 가족의 부양부담 감소 - 노인장기요양보험제도 만족도 조사 자료의 가족부양자의 부양부담 감소 여부
중기적 결과	4. 이용자의 자립 생활 5. 부양자의 사회·경제활동 기회 증가	4. 이용자의 자립 생활 - 데이터 부재. 측정 불가함. 5. 부양자의 사회·경제활동 기회 증가 - 노인장기요양보험제도 만족도 조사 자료의 가족부양자의 사회·경제활동 기회 증가 여부
장기적 결과	6. 국민의 삶의 질 향상	한국복지패널데이터의 노인장기요양보험 이용여부에 따른 전반적 만족도와 가족관계 만족도 평균 차이(성향점수매칭 및 역확률가중치 분석)
-	7. 고용창출 8. 지역경제활성화 9. 건강보험 재정 안정	생략 (평가하지 않음)

제 4 장 분석 결과

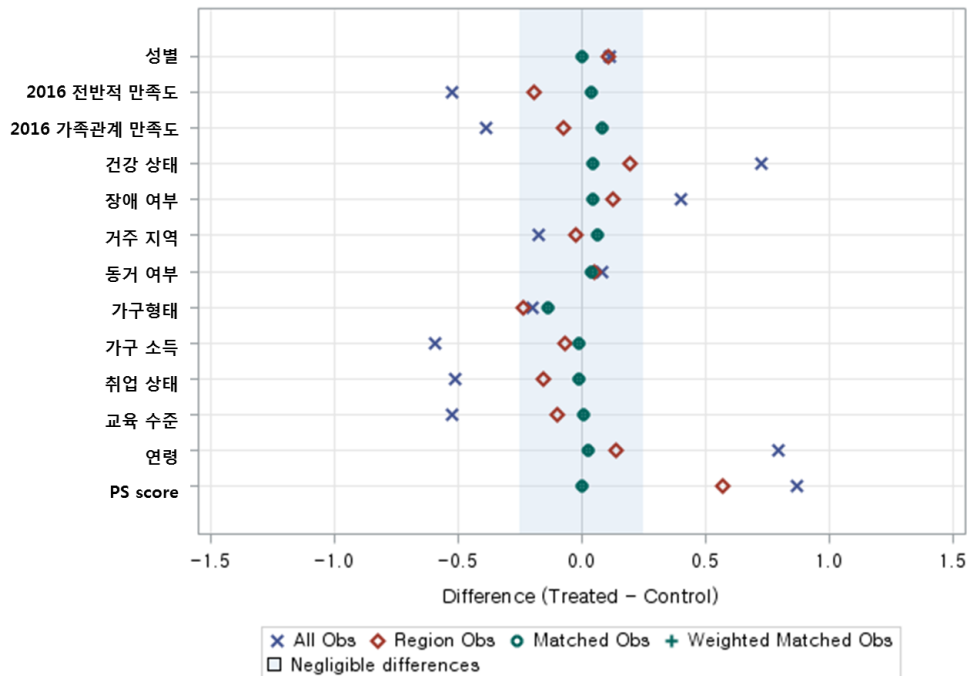
제 1 절 성향점수매칭(PSM) 분석 결과

본 연구에서의 구체적인 성향점수 매칭 절차는 다음과 같다. 우선 전체 매칭 대상은 성향점수가 0.05 이상인 경우만으로 한정하였다. 성별의 경우 정확하게 실험집단과 비교집단이 일치하도록 설정하였으며 1:1 탐욕(greedy) 매칭을 수행하였다. 그 결과 나타난 2017년에 노인장기요양보험을 이용한 가구원이 있는 가구의 가구원들로 구성된 실험집단과 비수급 가구원들로 구성된 통제집단의 매칭 전·후의 특성은 <표 14>와 같다.

<표 14> 성향점수매칭의 질 분석결과

변수	매칭 전		매칭 후			
	Mean		Mean		Standardized Difference	Variance ratio
	실험집단	통제집단	실험집단	통제집단		
성별	0.38	0.45	0.29	0.29	0.00000	1.0000
연령	67.81	46.51	79.17	78.68	0.02786	0.9653
교육수준	1.39	1.71	1.15	1.14	0.0075	1.0894
취업상태	0.22	0.50	0.05	0.05	-0.01131	0.9051
가구소득	0.43	0.72	0.21	0.21	-0.01133	0.981
가구형태	0.80	0.87	0.62	0.67	-0.13694	1.0701
동거여부	0.99	0.97	1.00	0.99	0.03834	0.0000
거주지역	0.76	0.82	0.69	0.66	0.06417	0.9584
장애여부	0.30	0.09	0.36	0.34	0.04438	1.0219
건강상태	3.36	2.42	3.91	3.87	0.04374	1.1598
2016 전반적 만족도	3.22	3.59	2.95	2.92	0.03947	1.0398
2016 가족관계 만족도	4.93	5.38	4.65	4.56	0.08326	0.9335
표본 수	476	14,447	185	185		

<그림 9> Standardized Mean Difference (성향점수 매칭)



<표 14>에서와 같이 Standardized Difference의 절대값이 0.1보다 작은 경우 일반적으로 매칭의 질이 좋다고 판단할 수 있다(Normand et al., 2001; Austin, 2009). 매칭의 질을 판단하는 또 다른 방법은 Variance Ratio를 이용하는 방법인데, 이는 통제집단의 분산 대비 처리 집단의 분산의 비율로 이 값이 0.5에서 2 사이면 균형화가 잘 이루어졌다고 판단할 수 있다(Stuart, 2010).

<그림 9>는 실험집단과 통제집단의 표준화된 변수의 차이를 나타낸다. 색칠된 영역은 이 차이가 통계적으로 유의미하지 않은 영역을 나타내는데, 전체적으로 매칭 이후 처리집단과 통제집단 간에 차이가 없다고 판단할 수 있다. 매칭을 통해 얻어진 데이터셋에 대해 t-test를 실시한 결과는 아래와 같다.

<표 15> 2017년 노인장기요양보험 이용 여부에 따른 집단간 평균차이 비교 (성향점수 매칭)

구 분	실험집단		통제집단		t
	평균	표준편차	평균	표준편차	
전반적 만족도	3.1018	.7333	3.1117	.7180	.13
가족관계 만족도	4.8554	1.2469	4.8146	1.3253	-.29

성향점수 매칭 후 실험집단과 통제집단의 전반적 만족도와 가족관계 만족도의 평균을 비교한 결과 유의미한 차이가 발견되지 않았다.⁶

제 2 절 역확률가중치 분석법 분석 결과

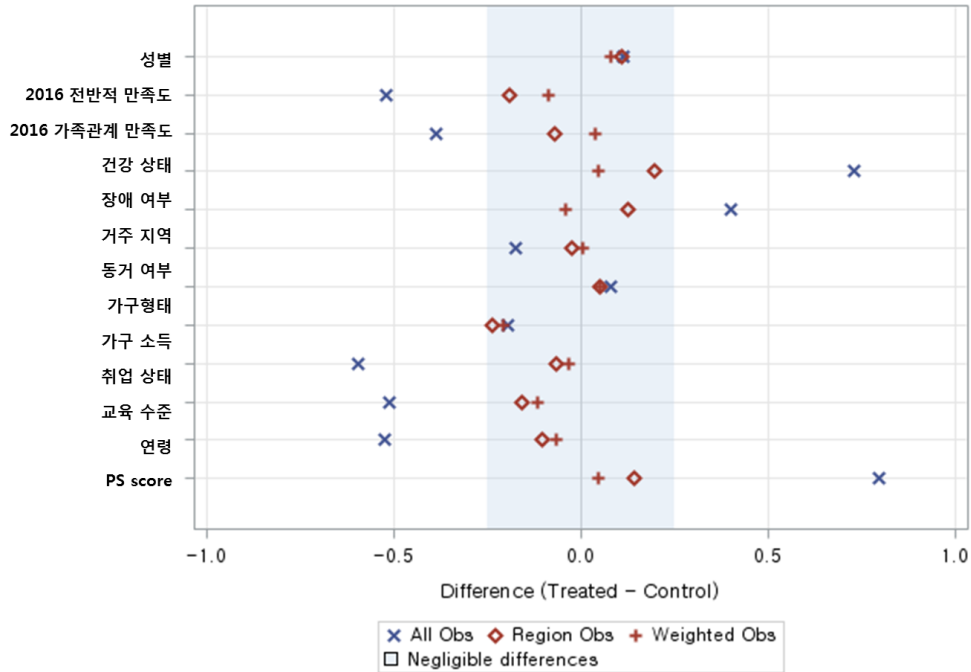
역확률가중치는 성향점수매칭과 동일하게 성향점수를 먼저 구하고, 이를 가중치로 적용하는 방법이다. 성향점수매칭에서는 매칭으로 인해 다수의 표본이 탈락하게 되지만, 역확률 가중치를 활용할 경우 표본의 정보를 온전히 활용할 수 있다는 장점이 있다. 역확률 가중치를 적용하기 전과 후의 실험집단과 비교집단의 특성은 <표 16>과 같다.

<표 16> 역확률가중치 적용 전 후의 집단 특성

변수	가중치 적용 전		가중치 적용 후			
	Mean		Mean		Standardized Difference	Variance ratio
	실험집단	통제집단	실험집단	통제집단		
성별	0.38	0.45	0.48	0.43	0.07840	0.9373
연령	67.81	46.51	55.45	55.62	0.04532	0.9431
교육수준	1.39	1.71	1.84	1.8	-0.06524	0.7776
취업상태	0.22	0.50	0.56	0.53	-0.11499	0.5866
가구소득	0.43	0.72	0.68	0.68	-0.03363	0.9689
가구형태	0.80	0.87	0.92	0.84	-0.20976	1.1628
동거여부	0.99	0.97	0.95	0.97	0.05104	0.0000
거주지역	0.76	0.82	0.76	0.8	0.00306	1.0152
장애여부	0.30	0.09	0.09	0.1	-0.04145	0.9914
건강상태	3.36	2.42	2.55	2.55	0.04704	1.1096
2016 전반적만족도	3.22	3.59	3.56	5.36	-0.08542	1.6014
2016 가족관계 만족도	4.93	5.38	5.31	3.58	0.03865	0.9868
표본 수	476	14,447	476	14,447		

⁶ 다중회귀분석을 실시한 결과도 t-test 결과와 일치하였으며, 다중회귀분석결과표는 부록으로 첨부하였다.

<그림 10> Standardized Mean Difference (역확률 가중치)



<표 16>에서와 같이 Standardized Difference의 절대값이 0.1보다 작은 경우 일반적으로 두 집단이 비교적 동질적으로 구성되었다고 볼 수 있으며 연구자에 따라서는 0.25를 기준으로 하기도 한다. Variance Ratio를 기준으로 본다면 0.5에서 2사이의 값이면 두 집단이 비교적 동질성을 확보했다고 볼 수 있다.

<그림 10>은 실험집단과 통제집단의 표준화된 변수의 차이를 나타낸다. 색칠된 영역은 이 차이가 통계적으로 유의미하지 않은 영역을 나타내는데, 전체적으로 역확률가중치 적용 이후 처리집단과 통제집단 간에 차이가 없다고 판단할 수 있다. 역확률가중치를 적용한 후 t-test를 실시한 결과는 아래와 같다.

<표 17> 2017년 노인장기요양보험 이용 여부에 따른 집단간 평균차이 비교 (역확률 가중치)

구 분	실험집단		통제집단		t
	평균	표준편차	평균	표준편차	
전반적 만족도	3.4896	0.6966	3.5816	0.6424	2.33*
가족관계 만족도	5.2077	1.2218	5.4083	1.9800	2.89*

* p<.05

역확률 가중치 적용 후 실험집단과 통제집단의 전반적 만족도와 가족관계 만족도 평균을 비교한 결과 모두 실험집단의 평균이 더 낮은 것으로 나타났다. 즉 전반적 만족도는 2017년 노인장기요양보험을 이용한 가구의 구성원들이 비수급 구성원들에 비해 0.0920 ($p<.05$) 낮은 평균값을 보였으며, 가족관계 만족도에서는 0.2007 ($p<.05$) 낮은 평균값을 보였다.⁷

PSM을 이용한 매칭과 역확률 가중치를 이용한 매칭이 차이를 보이는 이유는 단순 매칭 방법에서는 매칭되지 않은 관찰치를 모두 상실하게 되는 문제가 있기 때문인 것으로 생각된다. 즉, 각 집단이 가진 분포의 왼쪽과 오른쪽 분포가 절단되어 모집단에 대한 대표성을 상실하여 무작위 선택 가정도 위배했을 가능성이 있다(고길곤 외, 2019). 보다 정확한 판단을 위해서는 후속연구에서는 CEM, MAH 등 다양한 매칭 방법을 활용한 결과를 비교함으로써 매칭 방법에 따라 발생하는 편의(bias)가 있는지 등을 깊게 분석할 필요가 있을 것으로 보이나, 본 연구에서는 깊이 다루지 못한 점이 한계임을 미리 언급하여 둔다.

<표 17>에서 나타난 것과 같은 결과는 선행연구들의 연구 결과와 상당히 일치한다. 특히 노인장기요양보험 이용 여부와 삶의 질을 측정한 다수의 선행연구들 중 한국복지패널의 전반적 만족도와 가족관계 만족도를 지표로 사용하여 삶의 질을 측정한 연구들 중 가장 최근의 데이터(2011년 및 2014년의 데이터)를 사용한 선행연구에서는 노인장기요양보험의 이용이 대상노인과 부양가족의 전반적 만족도, 가족관계 만족도, 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도 모두에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 제도 시행 초반인 2009년, 2010년 경의 데이터를 사용하여 분석을 진행한 선행연구들에서도 노인장기요양보험 이용이 가족관계 만족도에서는 일부 긍정적인 영향을 미치나 삶의 질(전반적 만족도)에는 유의미한 영향을 주고 있지 못하고 있다는 결론이 제시되었다.

이러한 결과를 해석함에 있어 선행연구들은 매우 조심스러운 모습을 보인다. 노인장기요양보험의 최종 목적이 이용자 노인과 부양가족의 삶의 질 향상이라고 볼 수 있는데 이용자 노인 및 부양가족의 삶의 전반적 만족도와 가족관계 만족도가 오히려 낮아지거나 별다른 영향을 미치지

⁷ 다중회귀분석을 실시한 결과도 t-test 결과와 일치하였으며, 다중회귀분석결과표는 부록으로 첨부하였다.

못하고 있다는 결론이 제시되었기 때문이다. 이와 관련하여 2009년, 2010년 경의 데이터를 사용한 연구들은 이러한 결과가 아직 제도가 충분히 성숙되었지 못했기 때문에 나타나는 현상일 수 있음을 언급하였다. 즉 어떠한 제도가 시행되고 그 제도의 효과가 나타나기 위해서는 제도가 성숙되기까지 최소한 약 3년의 시간이 필요하다는 것이다.

선행연구들은 또한 대상자인 노인의 삶의 질이 제도 시행 이후보다 제도 시행 이전에 더 높았을 가능성을 제시하고 있는데, 이용자 노인의 입장에서 노인장기요양보험이 도입되기 이전, 요양원이나 요양보호사가 아닌 가족수발자에 의해 보호를 받았을 때가 더욱 삶에 대한 전반적 만족도 등이 높았다고 느낄 가능성이 있다는 것이다.

결국 이러한 결과가 나타나는 이유에 대해 실증연구만으로는 부족함이 있으므로 향후 심층 인터뷰 등 분석의 다양화를 통한 보완이 필요함을 언급하고 있는데, 본 연구에서는 프로그램 논리모형이라는 분석틀을 통해 노인장기요양보험제도를 투입과 활동, 산출 및 결과 단계로 나누어 제도 전반에 대한 종합적인 분석을 실시하고자 한다. 이 과정에서 노인장기요양보험제도의 이용이 이용자노인과 그 부양가족의 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠만한 요인이 발견되는지를 확인코자 한다.

제 5 장 프로그램 논리모형 평가 결과

제 1 절 사회적 니즈와 프로그램의 관계 평가

본 절에서는 노인장기요양보험제도를 바탕으로 설정한 프로그램 논리 모형의 직/간접적인 목표와 사회적 니즈와의 관계를 검증한다. 즉 해당 제도가 달성하고자 하는 직/간접적인 목표가 프로그램의 대상인 일반 국민들의 수요를 적절하게 반영하는지를 확인하고자 하는 것이다.

1. 노인장기요양보험제도 도입 당시의 사회적 니즈(social needs)

노인장기요양보호정책에 대한 논의는 1999년도 말에 시작되었다. 대한노인회 회장과 일부 대학교수를 포함한 노인복지 전문가들이 대통령과의 회의석상에서 2000년도 고령화사회의 진입에 앞서 정부가 수행해야 할 노인복지 정책과제의 하나로 노인장기요양보호 문제의 해결을 제시한 것이 그 출발점이 되었다(윤희숙 외, 2010).

실제로 우리나라는 지난 2000년 전체 인구 중 65세 이상의 노령인구가 차지하는 비율이 7%를 넘어가는 고령화 사회(Aging Society)에 진입하였으며, 급격한 인구 고령화가 진행될 것으로 예상되었다. 또한 이에 따라 치매, 중풍 등의 질병으로 인해 요양보호가 필요한 노인의 수가 급속히 증가할 것으로 예측되었다. 공적노인요양보장추진기획단(2004)에 따르면, 2003년 65세 이상 노인의 14.8%에 해당하는 약 59만명의 노인이 요양보호 필요노인으로 판단되었으며 이 숫자는 2010년에는 79만명, 2020년에는 114만명으로 증가할 것으로 예측되었다. 이러한 와중에 핵가족화, 여성의 사회 활동 증가 등으로 인해 가정에 의한 요양보호가 한계에 도달한 것으로 예상되었는데, 실제 2002년 12월 대구에서는 치매 시어머니 살해사건이 발생하는 등 노인부양부담으로 인한 각종 사회 문제가 발생하고 있는 것으로 파악되었다.

또한 중산·서민층 노인이 이용할 수 있는 시설이 절대적으로 부족하고, 유료시설 이용 시 그 비용부담이 과중하다는 문제 역시 존재했다. 예를 들어 2년간 요양시설 이용 시 가구별로 약 1,680만원 ~ 6,000만원의 비용이 발생하는 것으로 추정되었다.

건강보험재정문제도 발생할 것으로 예측되었다. 노인인구의 증가와

요양병원수가 미비 등으로 노인의료비 역시 급격히 증가할 것으로 예상되었으며 이로 인해 건강보험 재정이 압박을 받을 것으로 추정되었는데 노인의료비는 1990년 2,391억원(10.8%)에서 1995년에는 7,281억 원(12.2%), 2001년에는 3조 6,356억원(19.3%)까지 증가하였으며, 노인 비율 10% 수준인 2010년에는 전체 의료비의 약 30% 가까이를 차지할 것으로 전망되었다.

이러한 여러 가지 현황을 고려할 때, 고령화 사회에서 증가하는 노인 요양보호문제는 국민들의 노후의 최대 불안요인으로 작용할 수 있으며, 노인의 자립생활 지원 및 가족부담 경감과, 증가하는 노인 요양비 및 노인의료비 문제에 효율적으로 대응하기 위해서는 종래의 선별적인 노인복지서비스에서 벗어나 보편성과 포괄성을 확보한 ‘공적노인요양보장체계’의 구축이 불가피하다는 것이 공적노인요양 보장추진기획단(2004)에 언급되어 있다.

이러한 사회적 니즈는 정부가 실시한 각종 사회조사 결과에서도 잘 드러난다. 2005년 보건복지부가 전 국민을 대상으로 실시한 여론조사에서는 응답자의 84.7%가 우리 사회의 노인 문제가 심각하다고 응답하였다. 이는 2004년에 실시한 조사결과보다 4.1%가 증가된 수치로, 이 조사에 따르면 응답자의 72%가 본인이나 가족이 직접 혜택을 받지 못하더라도 매월 일정금액의 요양비를 부담할 용의가 있다고 응답하였으며, 전혀 부담할 용의가 없다는 대답은 19.4%에 불과하였다. 주목할만한 것은 비용 부담 예상 층의 경우에도 부담 용의가 있다는 사람이 76.9%에 달하고 부담용의가 없다는 사람은 16.6%에 불과하였다는 점이다.

나아가 2008년 1월에 실시된 여론조사에서도 국민의 83.6%가 장기요양보호의 문제가 심각하다고 인식하였고 그러한 문제의 해결은 사회적 차원에서 이루어져야 한다는 응답이 81.6%에 달하였다. 통계청이 2008년 11월 발표한 2008년도 사회조사 자료에서도 부모의 노후 생계에 대한 질문에서 응답자의 43.6%가 ‘가족, 정부, 사회가 같이 돌봐야 한다’고 답했고 이는 2006년의 26.4%에서 크게 증가한 수치이다. 반면에 ‘가족이 돌봐야 한다’는 답변은 2006년의 63.4%에서 40.7%로 급감하였다.

이러한 일련의 설문조사에서 나타난 결과를 보면 결국 노인부양의 사회적 책임에 대한 의식과 그 시행에 대한 기대가 국민들에게 확산되었고 이에 대한 대안으로서 노인 장기요양보험이 노령화에 따른 국민의 기대에 부응하는 적절한 제도임을 확인할 수 있다(박인, 2008).

2. 사회적 니즈와 정책목표와의 관계

기존의 노인복지정책은 주로 저소득 취약계층의 특정 노인들을 대상으로만 하는 선별적 복지로서, 일반 노인들에 대해서는 사적 요양보호 우선으로 하되 요양보호가족을 지원하는 정책이 이를 보완하는 형태였다. 이는 일종의 잔여적 모델로서, 가족이나 시장 등의 공급구조가 붕괴되었을 때에 한하여 사회복지제도가 발동하는 것인데, 이에 따라 개인과 가족에게 1차적인 요양책임이 지워졌고 다음으로 보충성의 원칙에 의거하여 지역사회, 종교단체 등의 지역적 차원에서 요양서비스가 제공되는 것이었다(박인, 2008). 기존의 노인 복지정책으로는 증가하는 보편적 노인 복지에 대한 사회적 니즈를 충족시키기에는 어려움이 있었다고 볼 수 있다.

노인장기요양에 대한 사회적 니즈와 기존 노인요양서비스의 한계점을 고려할 때, 노인의 건강상태 호전 및 생활안정을 도모하고, 가족부양의 부담을 감소 시킴으로서 결과적으로는 국민의 삶의 질을 향상시키고자 하는 노인장기요양보험제도의 직접적 목표들은 제도 도입 당시의 사회적 니즈를 충분히 반영하여 설정된 것으로 볼 수 있다.

제 2 절 투입 단계

1. 인적 자원

가. 보건복지부

보건복지부의 노인장기요양보험제도 관련 업무는 인구정책실 산하 노인정책관에서 수행하고 있다. 노인정책관 산하에는 노인정책과, 노인지원과, 요양보험제도과와 요양보험운영과, 그리고 치매정책과가 존재하며, 이 중 요양보험제도과와 요양보험운영과가 노인장기요양보험제도 관련 업무를 주되게 수행하고 있다.

우선 요양보험제도과의 주 업무내용을 보면 다음과 같다.

<표 18> 보건복지부 요양보험제도과의 주 업무 내용

1. 노인장기요양보험에 관한 종합계획의 수립·조정 및 장기요양사업 관리기관의 관리·감독에 관한 사항

2. 노인장기요양보험 관련 법령에 관한 사항
3. 노인요양보장제도의 외국 동향분석 및 국제협력
4. 장기요양위원회의 운영에 관한 사항
5. 노인장기요양보험 제정의 운영 및 정책에 관한 사항
6. 노인장기요양보험의 가입자 관리 및 지원정책의 수립 및 조정
7. 노인장기요양보험 대상자 선정기준 및 등급판정에 관한 사항
8. 노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 연계에 관한 사항
9. 노인장기요양보험에 관한 조사·연구·홍보 및 통계관리에 관한 사항
10. 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항
11. 장기요양급여 비용의 본인일부부담 기준 수립
12. 노인장기요양보험 관련 전문인력의 양성 및 제도화에 관한 사항
13. 요양보호사교육기관의 평가·관리에 관한 사항
14. 장기요양급여의 개발, 급여기준 및 급여비용의 산정에 관한 사항
15. 장기요양급여의 청구, 심사 및 지불체계에 관한 사항
16. 장기요양심판위원회의 운영 및 권리구제에 관한 사항
17. 고령친화산업과 관련된 종합계획의 수립·조정
18. 고령친화산업 관련 규제완화를 위한 관련 법령 정비의 총괄·조정
19. 고령친화산업 관련 전문인력의 양성 총괄·조정
20. 고령친화산업의 개발·지원
21. 고령소비자의 안전 및 보호기준에 관한 사항

요양보험제도과의 구성은 요양보험제도과장 1명, 팀장 1명, 사무관 4명, 주무관 5명, 그리고 민간전문가 1명의 총 12명으로 구성되어 있다.

요양보험운영과의 경우 주 업무는 다음과 같다.

<표 19> 보건복지부 요양보험운영과의 주 업무 내용

1. 장기요양기관 확충계획의 수립 및 시행에 관한 사항
2. 장기요양기관의 지정·변경·지정취소 및 운영지원에 관한 사항
3. 노인주거복지시설·노인의료복지시설·재가노인복지시설의 지원 및 육성에 관한 사항
4. 노인주거, 의료복지시설 및 재가노인복지시설 관련 법령 제정·개정에 관한 사항
5. 영주귀국 사할린 한인동포 지원에 관한 사항
6. 노인복지시설, 장기요양기관의 통계 생성 및 관리에 관한 사항
7. 장기요양기관의 관리·감독 및 관련 계획 수립·시행에 관한 사항

8. 장기요양기관 현지조사에 관한 계획의 수립·시행 및 행정처분에 관한 사항
9. 장기요양기관의 평가에 관한 사항
10. 장기요양급여의 사후관리에 관한 사항

인력 구성은 요양보험운영과 과장 1명, 사무관 4명, 주무관 3명 그리고 민간전문가 1명의 총 9명이다.

나. 국민건강보험공단(본사)

국민건강보험공단은 보험자로서 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리, 장기요양보험료의 부과·징수와 재정 운영, 신청인에 대한 조사, 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급판정, 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공, 장기요양급여의 관리 및 평가, 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항, 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여의 지급, 장기요양급여 제공내용확인, 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보, 노인성질환예방사업, 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등, 장기요양급여의 제공기준을 개발하고 장기요양급여비용의 적정성을 검토하기 위한 장기요양기관의 설치 및 운영, 그리고 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부 장관이 위탁한 업무 등을 수행한다.

국민건강보험공단 장기요양상임이사 산하에는 요양기획실, 요양기준실, 요양급여실, 그리고 요양심사실이 존재하며, 총 인원은 238명이다. 각각의 업무 및 주요 인원 구성은 다음과 같다.

1) 요양기획실

<표 20> 요양기획실 업무내용

1. 장기요양상임이사 소관 부서 관련 주요 사항 총괄·기획·조정 관련 사항
2. 장기요양보험 경영전략 및 중장기 발전계획 수립·추진에 관한 사항
3. 장기요양보험 경영방침 수립 및 전략조정에 관한 사항
4. 장기요양보험 관련 대내·외 업무보고에 관한 사항
5. 장기요양보험 사업계획 수립, 예산 편성 및 운영에 관한 사항

6. 장기요양고위자과정 운영에 관한 사항
7. 직영장기요양기관 운영지원 및 관리에 관한 사항
8. 노인인권보호관련 직원교육에 관한 사항
9. 장기요양보험 회계결산 및 회계검사에 관한 사항
10. 장기요양보험 재정추계 및 정부지원금에 관한 사항
11. 장기요양보험 법규관리 및 소송업무에 관한 사항
12. 장기요양심사위원회에 관한 사항
13. 장기요양보험 민원 및 제도개선에 관한 사항
14. 장기요양기관 대표자, 종사자 등 직무교육에 관한 사항
15. 장기요양기관 종사자 등 치매전문교육에 관한 사항

<표 21> 요양기획실 인원

직책	인원(명)
실장	1
부장	2
팀장	7
과장	6
대리	7
주임	7
합계	30

2) 요양기준실

<표 22> 요양기준실 업무내용

1. 장기요양 신규, 확대급여 기획 및 제도개선 업무에 관한 사항
2. 장기요양급여기준(현물, 현금) 고시, 공고, 개선에 관한 사항
3. 장기요양급여 비용(수가) 및 산정기준 고시, 공고, 행정해석 등 관리
4. 장기요양급여 수가산정 기준 개선 검토 등 정책지원에 관한 사항
5. 장기요양급여비용 원가분석에 관한 사항
6. 장기요양기관 종별, 인력 등 자료연계 및 현황관리에 관한 사항
7. 장기요양기관 현지확인 및 확충계획 등 관련 정책지원에 관한 사항
8. 장기요양기관 표준모델 개발 및 연계에 관한 사항
9. 장기요양기관 정보등록 게시 및 안내에 관한 사항
10. 요양보호사 처우개선에 관한 사항
11. 직영·장기요양기관 설립에 관한 사항
12. 장기요양기관 종사자 관리 및 지원에 관한 사항
13. 노인인권보호관련 장기요양기관 및 종사자 교육에 관한 사항

14. 방문간호 ICT 시범사업에 관한 사항
15. 장기요양시설 건강관리강화에 관한 사항
16. 전문요양실 모형개발에 관한 사항
17. 장기요양기관 촉탁의 제도 운영에 관한 사항

<표 23> 요양기준실 인원

직책	인원(명)
실장	1
부장	4
팀장	16
과장	11
대리	15
주임	10
합계	57

3) 요양급여실

<표 24> 요양급여실 업무내용

1. 장기요양 인정관리 및 이용지원 제도개선에 관한 사항
2. 표준장기요양이용계획서 작성 및 관리운영에 관한 사항
3. 수급자 상담관리 계획수립 및 관리운영에 관한 사항
4. 장기요양급여계약통보서 관리운영에 관한 사항
5. 이용지원 직무교육 계획수립 및 시행에 관한 사항
6. 장기요양 인정업무에 관한 기본계획 수립에 관한 사항
7. 장기요양 인정 신청 대상자 및 신청관리에 관한 사항
8. 장기요양 인정조사 및 인정서 관리에 관한 사항
9. 장기요양등급판정 기준 및 절차에 관한 사항
10. 장기요양등급판정위원회 설치 및 운영관리에 관한 사항
11. 등급외판정자 지역보건복지서비스 등 연계에 관한 사항
12. 노인성질환예방사업에 관한 사항
13. 장기요양급여내역 관리에 관한 사항
14. 장기요양급여비(현물, 현금) 지급결정 및 정산에 관한 사항
15. 장기요양급여비용 지급 통보서 통보 및 사전점검에 관한 사항
16. 장기요양기관 채권압류 관련 지급보류 등에 관한 사항
17. 장기요양기관 소득세 원천징수 관리에 관한 사항
18. 장기요양 본인부담금환급금의 지급결정 및 정산에 관한 사항
19. 장기요양 본인일부부담금 감경 관련 고시에 관한 사항

20. 재가급여 수급자 가족상담지원사업에 관한 사항
21. 장기요양기관 급여제공계획 통보 관리에 관한 사항
22. 통합재가급여에 관한 사업
23. 장기요양사례회의에 관한 사항
24. 장기요양 복지용구 제도개선에 관한 사항
25. 복지용구 급여 품목 및 제품선정, 가격결정, 사후관리 등 총괄에 관한 사항

<표 25> 요양급여실 인원

직책	인원(명)
실장	1
부장	4
팀장	15
과장	13
대리	24
주임	9
합계	66

4) 요양심사실

<표 26> 요양심사실 업무내용

1. 장기요양급여비용 심사기본계획 수립 및 분석 평가에 관한 사항
2. 장기요양급여비용 청구 및 심사 제도개선에 관한 사항
3. 장기요양급여비용 청구내역 경향조사 및 분석에 관한 사항
4. 요양급여비용 청구명세서 접수, 심사, 심사결정통보서 발행에 관한 사항
5. 장기요양급여비용 심사 결과 등 분석, 통계에 관한 사항
6. 장기요양 급여 사후관리에 관한 사항
7. 장기요양 부당수급, 상해요인 업무 관리에 관한 사항
8. 부당장기요양급여비용 징수절차 개발, 고지, 독촉, 징수에 관한 사항
9. 장기요양 공(직) 무상 요양비 기관간 정산 및 청구, 징수에 관한 사항
10. 장기요양급여비용 전산점검에 관한 사항
11. 장기요양 급여받은내용 통보, 수진자 조회, 급여조사 업무에 관한 사항
12. 장기요양급여비용(기타징수금) 환수 관련 업무에 관한 사항
13. 심사기법 및 심사 업무 매뉴얼 개발에 관한 사항
14. 장기요양급여비용 청구 관련 교육 등 실무지원에 관한 사항
15. 장기요양급여비용 심사기준(심사관련 행정해석) 관리에 관한 사항
16. 현지확인심사 기본계획 수립에 관한 사항

17. 현지확인심사 대상기관 선정 및 업무지원에 관한 사항
18. 현지확인심사 결과분석 및 평가보고에 관한 사항
19. 장기요양급여 현지확인심사에 따른 급여비용 환수 및 조정에 관한 사항
20. 장기요양급여비용 적정청구지원시스템(FDS) 관리운영에 관한 사항
21. 현지조사지원 기본계획 수립에 관한 사항
22. 현지조사기관 선정 및 업무 지원에 관한 사항
23. 현지조사 결과 분석 및 평가 보고에 관한 사항
24. 장기요양급여 현지조사에 따른 급여비용 환수결정 등록 및 전산상계에 관한 사항
25. 장기요양기관 신고 포상에 관한 사항
26. 국가기관 등의 장기요양기관 조사관련 업무지원에 관한 사항
27. 장기요양 현지조사지원 및 급여평가 제도 개선에 관한 사항
28. 장기요양급여 질 평가 기본계획 수립에 관한 사항
29. 장기요양급여 평가지표 매뉴얼 개발 및 운영에 관한 사항
30. 장기요양급여 평가실시 및 결과분석에 관한 사항
31. 장기요양급여 평가관련 교육에 관한 사항
32. 장기요양급여 질 평가 관련 이의신청 관리에 관한 사항
33. 장기요양급여 평가 관련 요양급여비용 가감지급 기준 개발에 관한 사항
34. 장기요양급여 평가 사전, 사후관리에 관한 사항
35. 재가급여 전자관리시스템(RFID) 관리운영에 관한 사항
36. 장기근속장려금 청구·심사·심사결정에 관한 사항
37. 장기요양 서비스모니터링 사업 운영에 관한 사항

<표 27> 요양심사실 인원

직책	인원(명)
실장	1
부장	4
팀장	17
과장	19
대리	33
주임	11
합계	85

다. 국민건강보험공단 지사

노인장기요양보험 신청 및 등급판정 업무는 노인장기요양보험 각 지사에서 이루어진다. 건강보험공단은 전국적으로 6개의 지역본부와 그 산하

178개 지사를 두고 있다. 그 자세한 내역은 하기와 같다.

<표 28> 국민건강보험공단 지사 정보

지역본부	지사	지사 수 (개)
서울	영등포남부, 영등포북부, 동대문, 성동, 성북, 노원, 서대문, 양천, 구로, 관악, 강동, 송파, 마포, 종로, 용산, 광진, 중랑, 강북, 도봉, 은평, 강서, 금천, 동작, 강남서부, 강남동부, 중구, 서초북부, 서초남부, 강남북부, 춘천, 원주형성, 강릉, 태백정선, 속초, 삼척, 평창영월, 홍천, 동해	38
부산	부산진구, 부산중부, 부산사하, 부산동래, 부산사상, 부산남부, 부산북부, 부산연제, 부산서부, 부산금정, 해운대, 기장, 울산중부, 울산동부, 울산남부, 울주, 창원마산, 진주산청, 창원진해, 통영고성, 김해, 거제, 양산, 함안의령, 하동남해, 거창, 창원중부, 사천, 밀양창녕	29
대구	대구달서, 대구중부, 대구동부, 대구수성, 대구남부, 대구북부, 달성, 포항북부, 포항남부, 경주, 구미, 안동, 영주봉화, 상주, 문경예천, 경산청도, 칠곡, 울진영덕, 영천, 김천, 의성군위	21
광주	광주북부, 광주서부, 광주동부, 전주남부, 전주북부, 정읍, 남원, 김제, 진안, 부안고창, 익산, 군산, 목포, 여수, 순천곡성, 나주, 고흥보성, 화순, 해남진도, 양암장흥, 영광함평, 장성담양, 완도강진, 무안신안, 광양구례, 제주, 서귀포	27
대전	대전동부, 대전유성, 대전중부, 대전서부, 청주서부, 충주, 제천단양, 옥천, 진천, 괴산증평, 청주동부, 음성, 천안, 공주, 보령서천, 서산태안, 논산, 세종, 부여청양, 예산, 당진, 아산, 홍성	23
경인	인천중부, 인천남부, 인천계양, 인천서부, 인천남동, 인천부평, 수원동부, 수원서부, 의정부, 안양, 하남, 광명, 평택, 동두천연천, 안산, 파천, 남양주가평, 오산, 군포, 의왕, 용인서부, 용인동부, 파주, 이천, 김포, 화성, 경기광주, 포천, 양평, 성남남부, 성남북부, 양주, 부천북부, 부천남부, 시흥, 안성, 구리, 여주, 고양일산, 고양덕양	40
합계		178

보건복지부, 건강관리보험공단 인적 자원 투입 현황에 있어 해당 정책을 담당할 전담 조직이 존재한다는 점, 각 부서의 업무 영역이 명확히 구분된다는 점, 그리고 일정 수준의 인원이 업무를 담당하고 있다는 점 등에서 나름의 충분한 인적 자원 투입이 이루어졌다고 평가할 수 있다. 이는 급격한 고령화로 인한 보편적 노인복지 서비스의 필요성에 대한 사회적 합의가 이루어졌기 때문으로 보이며, 이와 같은 해당 제도의 중요

도에 대한 인식은 노인장기요양보험제도의 예산 투입 규모(2008년 약 5,900억원, 2017년 약 3조 8천억원)에서도 확인할 수 있다.

노인장기요양보험제도의 성과를 평가하고 문제점을 도출한 대부분의 선행연구에서도 노인장기요양보험제도의 정부 부문 인적 자원 투입에 관해서는 특별한 문제가 없는 것으로 평가하고 있다.

다만 장기요양시설 시장에 대한 정부의 규제와 감독 측면을 고려하였을 때는 건강보험관리공단의 인원이 부족한 것으로 판단하는 의견이 있다. 즉 제도 도입 이후 기관의 과잉공급이 이루어지면서 기관들의 수급자 유인, 알선 및 허위·부당청구, 입소 거부 등의 불법 운영 사태가 지속적으로 보고되고 있으나 이에 대한 공단의 관리감독은 미흡한 상태이며 이는 건강보험관리공단의 인력으로는 2만여개가 넘는 장기요양시설⁸의 불법 운영사태를 제대로 감독하기는 역부족이기 때문이라는 것이다(이미진, 2017). 이는 건강관리보험공단의 노인장기요양보험 시설에 대한 규제와 감독 기능을 어느 수준까지 가져갈 것이냐에 대한 결정이 우선되어야 할 것으로 보인다.

라. 요양보호사 수

지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 수는 아래와 같다.

<표 29> 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 수

(단위:명)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	1,290.9	1,683.4	1,451.7	683.1	667.5	627.8	630.2	602.1	655.2
서울	1,532.6	2,035.7	1,710.1	762.2	756.5	714.1	781.7	720.8	771.8
부산	1,570.2	2,339.6	2,016.5	884.9	813.2	759.3	823.8	692.3	768.3
대구	1,714.7	2,172.3	1,618.2	778.4	755.2	702.0	765.9	680.6	739.0
인천	1,317.6	1,655.5	1,466.4	726.1	736.1	709.3	782.0	708.9	776.2
광주	1,352.6	1,847.1	1,960.0	946.5	923.1	855.0	903.9	825.6	927.6
대전	1,803.1	2,527.9	2,076.6	894.2	902.0	836.4	902.7	828.0	873.6
울산	1,057.6	1,602.8	1,474.9	700.5	682.4	634.8	679.7	611.1	661.2
세종	-	-	-	513.4	477.2	397.7	454.6	433.9	466.1
경기	1,474.4	1,841.2	1,558.4	739.5	737.6	695.5	751.7	685.9	748.7
강원	802.5	1,103.5	923.6	550.6	535.1	525.8	550.4	485.6	523.6

⁸ 2017년 말 기준 재가 요양기관 15,073개소, 시설 요양기관 5,304개소 (출처: 장기요양보험통계연보)

충북	958.9	1,243.5	979.9	552.4	538.1	516.6	559.6	517.7	581.8
충남	1,181.9	1,472.3	1,261.7	601.3	579.8	541.5	559.9	520.5	572.7
전북	756.4	963.7	934.5	562.3	553.5	522.1	561.1	495.9	550.4
전남	794.3	922.8	880.9	514.1	516.0	486.2	508.2	468.7	510.8
경북	1,174.9	140.7	1,231.3	637.8	629.8	585.5	605.2	540.9	594.6
경남	1,177.0	1,551.9	1,478.5	704.4	661.9	617.0	642.7	579.1	644.5
제주	734.4	867.8	919.1	525.8	514.9	498.2	510.5	442.4	443.5
변이계수	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

자료: 노인장기요양보험통계연보

지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 요양보호사수를 살펴보면 전체적으로 2009년 1,290.9명에서 2017년 655.2명으로 감소하였다. 변이계수를 통해 본 지역별 분포는 2012년 이후 0.2 수준으로 제도 초기에 비해 균등한 양상을 유지하고 있는 것으로 보인다.

주의 깊게 볼 것은 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사의 수가 2010년경 1,600명까지 증가하였다가 2012년부터 대폭 감소되어 600명 선을 유지하고 있다는 사실이다. 이는 복지부 요양위원회 보고서(2017)등에서 밝히는 바와 같이, 제도 시행 초기에 단기에 인력을 확보하기 위해 민간교육기관 중심으로 양성기반을 마련하고 자격증 획득이 용이하도록 자격증 취득 과정을 쉽게 함으로써 요양보호사가 과잉배출되었다고 해석할 수 있다.

또한 제도 도입 당시 손쉬웠던 요양보호사 자격 취득 요건과 더불어 노인장기요양보험 제도에 대한 기대감, 즉 해당 제도로 인해 양질의 일자리가 생성될 것이라는 기대감으로 인해 요양보호사 자격 취득에 많은 인원이 몰린 것으로도 해석할 수 있을 것이다. 그러나 요양기관과 요양보호사의 과잉 공급으로 인한 낮은 보수와 열악한 근무환경 등으로 인해 실제 현장에서 근무하는 요양보호사의 수는 자격증 취득자 수에 비해 매우 낮는데, 2015년을 기준으로 본다면 요양보호사 자격증 취득자 수는 약 123만 명에 달하는 반면, 실제 근무자는 약 31만 명에 불과하다. 요양보호사들의 이직률 또한 약 41% 수준으로 매우 높으며, 요양보호사의 50대 이상 점유율이 약 71.9%에 달하다 보니 체력 부족을 호소하는 등의 많은 문제점들이 발생하고 있다.

결국 요양보호사 자체는 과잉배출 되었음에도 불구하고 실제 장기요양 시장에서는 요양보호사를 구하는 것이 매우 어려운 실정에 있는 모순이 발생하고 있으며(김진수, 2018), 이러한 일련의 상황은 노인장기요양보호서비스 제공의 최전방에 있는 요양보호사들로 하여금 양질의 서비스

제공을 어렵게 하는 요인으로 작용하고 있는 것으로 보이는데, 실제로 다수의 선행연구들이 요양보호사들의 서비스의 양과 질에 따라 환자의 만족도 및 건강상태가 달라질 수 있으며(홍세영, 2011), 나아가서는 이들이 제공하는 서비스의 질에 따라 장기요양보험제도의 성과가 좌우(장우심, 2009)될 수 있다고 밝히고 있는 만큼, 이에 대한 대책이 필요하다 하겠다.

2. 물적 자원

가. 노인요양시설

1) 시설 침상 수

지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 노인요양시설 등 침상 수 분포 추이는 다음과 같다.

<표 30> 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 노인요양시설 등 침상 수 분포 추이

(단위:개)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	341.2	432.0	381.3	385.5	369.9	354.7	340.7	323.9	298.2
서울	172.8	246.4	224.2	226.3	205.9	201.9	211.1	180.4	162.8
부산	264.3	329.2	304.9	326.6	307.3	265.0	269.3	213.3	176.1
대구	282.6	401.4	377.2	391.2	388.6	364.4	372.9	327.3	312.1
인천	365.2	491.8	437.1	389.3	402.1	408.5	445.9	404.0	375.5
광주	276.5	386.4	375.7	363.0	343.7	305.6	300.6	254.4	230.3
대전	244.2	351.2	311.2	345.1	355.7	356.8	369.4	350.7	325.5
울산	387.0	423.5	347.6	333.3	323.9	294.3	295.2	242.3	208.2
세종	-	-	-	393.7	352.6	286.4	238.4	199.0	183.2
경기	462.4	574.5	471.6	482.8	466.4	464.9	480.8	441.1	416.9
강원	474.6	552.8	461.3	465.8	436.6	432.0	436.3	409.3	386.9
충북	515.6	599.5	512.4	501.8	480.0	452.4	461.8	425.0	400.4
충남	305.6	396.9	359.6	363.4	358.0	336.0	339.3	317.7	297.3
전북	418.9	457.8	415.5	411.0	390.5	348.9	322.8	282.4	251.7
전남	316.2	394.5	378.7	366.6	342.1	309.1	295.7	271.0	239.9
경북	357.1	460.8	398.3	410.5	392.7	371.9	373.9	332.2	303.2
경남	330.1	415.6	393.1	402.4	371.2	343.7	331.4	285.4	250.9
제주	430.3	511.7	468.3	525.8	533.4	540.2	557.0	501.2	458.9
변이계수	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3

지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 침상 수를 살펴보면 전체적으로 2009년 전국 평균치가 341.2개에서 2017년도에는 298.3개로, 제도 도입 초기에 증가하다가 최근 몇 년간 감소세로 돌아선 것으로 볼 수 있다. 지역 간 차이는 최근 과거에 비해 조금 증가한 것으로 보인다.

노인장기요양보험 인정자 수에는 시설서비스 이용자와 재가서비스 이용자가 섞여있기 때문에 인정자 1,000명당 적절한 시설서비스 침상 수에 대한 명확한 판단은 어렵지만, 노인요양시설은 양적인 측면, 즉 시설 수로만 봤을 때는 과잉공급 되었다는 것이 관련 선행연구 및 보도자료에 언급되어 있다.

2) 입소 충족률(정원 대비 현원율)

지역별(시도별) 노인요양시설 입소 충족률(정원 대비 현원율) 분포 추이를 살펴보면 다음과 같다.

<표 31> 지역별(시도별) 노인요양시설 입소 충족률(정원 대비 현원율) 분포 추이

(단위:%)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	78.6	79.2	83.0	84.3	84.8	84.4	84.6	87.0
서울	78.5	83.6	89.8	91.9	93.2	92.1	94.1	95.9
부산	77.4	76.4	75.9	73.7	73.3	72.8	74.7	78.1
대구	79.0	76.8	80.9	82.0	86.2	84.7	86.3	86.1
인천	77.1	77.7	83.7	88.2	85.7	85.0	84.2	89.3
광주	84.3	77.6	82.3	82.4	81.6	78.9	79.6	78.2
대전	78.2	81.6	81.6	81.2	79.7	80.2	79.0	80.8
울산	73.3	74.9	81.2	80.7	75.0	81.1	82.9	86.8
세종	-	-	-	73.3	73.1	67.0	76.7	69.2
경기	78.3	80.9	85.4	86.0	87.0	85.9	87.1	88.2
강원	80.4	78.4	82.3	84.6	85.4	86.1	84.0	102.0
충북	79.4	78.2	81.2	84.6	85.4	86.7	85.1	87.1
충남	76.7	73.1	76.7	81.2	84.2	83.7	83.1	82.8
전북	77.6	77.5	80.3	81.2	79.3	81.6	81.0	82.9
전남	81.9	77.7	78.8	84.3	82.4	83.7	81.1	85.0
경북	77.3	76.1	82.0	80.2	82.9	79.0	79.8	82.0
경남	76.3	79.4	79.5	82.5	83.5	83.3	81.6	81.7
제주	91.8	89.8	95.3	90.1	88.5	86.9	87.0	87.2

변이계수	0.05	0.05	0.06	0.06	0.07	0.07	0.05	0.09
-------------	------	------	------	------	------	------	------	------

자료: 노인장기요양보험통계연보, 2009년 자료 없음)

노인요양시설의 적정수준 공급 여부를 확인하기 위해 추가적으로 요양시설의 입소 충족률(정원 대비 현원율)을 살펴 보면, 2017년 기준 약 87%로 제도 도입 시기와 비교 시 높아졌음을 알 수 있다. 87%라는 수치만 본다면 약간의 공급과잉이라고 볼 수 도 있겠지만, 실제 제도 규정에서 원칙적으로 1, 2등급이 요양원에 입소할 수 있는 대상이고, 3등급 이하에 대하여 예외적으로 인정되는 점을 감안하면 입소 시설은 과도한 공급과잉이 발생한 것으로 파악할 수 있다(김진수, 2018). 전체 요양원 입소인원의 60% 이상이 3등급 이하의 수급자이기 때문이다.

이러한 장기요양인정인구 1,000명당 시설 수 및 입소 충족률 수치로 보았을 때 노인요양시설의 수 자체는 충분을 넘어서 과잉 공급되었음을 알 수 있다. 때문에 만약 양적인 측면에서만 노인요양시설을 평가한다면 충분한 투입, 혹은 과도한 투입이 이루어졌다고 평가할 수 있을 것이다. 그러나 단순히 요양시설의 수라는 양적인 측면만이 아닌 질적인 측면을 함께 고려할 경우에는 여러 문제점들이 발견되며 이는 결과적으로 서비스 이용자의 만족도에 부정적인 영향을 미칠 것으로 예상된다.

그 중 하나는 입소시설의 영세성으로 인한 재정상황 악화, 서비스의 품질 문제이다. 입소시설은 입소자의 규모에 따라 10인 이상은 노인요양시설, 5~9인 이하는 노인요양공동생활가정이라 지칭한다. 2019년 3월 31일 기준 국내 입소생활시설 규모에 따른 개수는 다음과 같다.

<표 32> 입소생활시설 규모 및 개수 (2019년 3월 31일 기준)

규모	개수	비중(%)
5~9인	1,927	36.1%
10~29인	1,688	31.6%
30~99인	1,477	27.7%
100인 이상	246	4.6%
합계	5,338	100%

위의 표에 따르면 전체 노인요양시설의 약 68%가 30인 미만의 영세 입소시설임을 알 수 있다. 규모가 영세하다고 해서 무조건 서비스의 품질이 낮아질 것이라고 단정할 수는 없지만 전반적으로 규모가 큰 시설일수록 시설 환경이나 케어 제공의 질적 수준이 양호할 가능성이 높다고

볼 수는 있을 것이다(선우덕, 2016). 또한 영세업체의 경우 수급자 확보에 어려움이 있어 수급자의 본인부담금을 면제, 경감하는 수급자를 불법적으로 확보하고 그로 인한 재정적 부담을 요양보호사의 임금에 전가하는 경우가 빈번하게 발생하고 있는데, 이는 결국 요양보호사의 잦은 이직, 직업 포기 등으로 이어지며 서비스 이용자는 낮은 질의 서비스를 제공받게 된다.

실제 요양보호 수급자의 입소 시설에 대한 선호 역시 이러한 바탕에 근거하여 가능한 규모가 크면서 정부 평가등급이 높은 시설을 선호할 것으로 예상할 수 있는데, 2016년 5월 기준 노인요양시설의 입소대기자 비율을 아래와 같다.

<표 33> 노인요양시설의 입소대기자 비율(2016년 5월 기준)

(단위: 명, %)

시설 규모	평가 등급	인원(명)		대기자 비율
		총정원(A)	총대기자(B)	총정원 대비(B/A)
5~9인	A등급	398	28	7.0
	B등급	1,397	56	4.0
	C등급	2,793	117	4.2
	D등급	6,207	189	3.3
	E등급	3,476	114	3.3
10~29인	A등급	2,072	310	15.0
	B등급	4,865	445	9.1
	C등급	5,021	102	2.0
	D등급	4,323	70	1.6
	E등급	4,843	118	2.4
30~99인	A등급	18,281	3,755	20.5
	B등급	18,057	917	5.1
	C등급	14,663	382	2.6
	D등급	13,784	406	2.9
	E등급	5,823	139	2.4
100인 이상	A등급	15,547	4,913	31.6
	B등급	9,225	799	8.7
	C등급	3,026	105	3.5
	D등급	717	7	1.0
	E등급	679	13	1.9
합계	A등급	36,298	9,006	24.8
	B등급	33,544	2,217	6.6
	C등급	25,503	706	2.8

	D등급	25,031	672	2.7
	E등급	14,821	384	2.6

자료: 선우덕(2016)에서 재구성

주: 분석에 포함된 노인요양시설은 2016년 5월 현재 국민건강보험공단 홈페이지에 등록된 기관 중 시설평가를 받은 기관을 기준으로 하며, 신설 및 비평가 기관은 제외함. 분석에 포함된 시설 수 (3,359개)는 10인 미만 1,233개, 30인 미만 922개, 100인 미만 1,019개, 100인 이상 185개임.

입소인원이 10인 이상이면서 평가등급이 A등급인 기관을 중심으로 총정원 대비 대기자 비율을 살펴보면, 10~29인 이하 시설은 15.0%, 30인~99인 이하 시설은 20.5%, 100인 이상인 시설은 31.6%로 나타난다. 이는 시설규모가 클수록 대기자 비율도 높아진다는 것을 보여주며, 결국 시설서비스 이용자들은 규모가 상대적으로 크면서 높은 정부등급을 받은 시설을 선호하는 것이라 해석할 수 있을 것이다. 반면 일부 낮은 등급(D, E 등급)을 받은 시설에도 대기자가 존재한다는 사실은 이용자가 거주하는 지역에 입소 시설이 부족하거나 이용자가 시설 평가 등급을 크게 고려하고 있지 않을 가능성이 있음을 보여준다.

사영화 외(2014)에서는 요양시설 입소노인의 경우 자아존중감과 서비스 만족도 그리고 시설환경 만족도가 높을수록 생활만족도가 높아진다고 밝히고 있으며, 다수의 선행연구들 역시 이 연구와 비슷한 결과를 보이고 있다. 이러한 연구 결과로 볼 때에 요양시설의 서비스 만족도와 시설환경이 입소노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 중요한 요소 중 하나라고 볼 수 있을 것이나, 대부분의 입소시설이 30인 이하의 영세한 규모이며 높은 정부 평가 등급을 받은 입소 시설들에 많은 대기자가 발생하고 있다는 사실로 미루어 볼 때 시설서비스가 서비스 이용자들이 기대하는 수준의 품질로 제공되지 못하고 있을 가능성이 있다고 볼 수 있다.

나. 재가장기요양기관 수

지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수 분포 추이는 다음과 같다.

<표 34> 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수 분포 추이

(단위:개)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	73.8	73.8	60.1	56.3	52.1	48.9	49.0	48.3	45.4
서울	69.3	71.3	59.0	55.1	52.2	50.3	54.6	51.1	48.4
부산	79.8	89.2	73.6	69.9	60.9	56.7	61.4	54.1	48.3
대구	113.0	108.3	80.2	75.7	71.5	65.0	68.7	65.3	59.3
인천	74.3	73.9	61.2	56.7	54.1	52.3	57.8	53.7	50.2
광주	83.5	94.2	84.0	78.3	71.6	64.4	66.7	62.5	59.0
대전	95.7	99.5	76.2	68.9	66.6	64.2	71.0	67.0	64.3
울산	85.2	76.0	68.7	66.5	59.1	53.6	54.3	47.3	43.5
세종	-	-	-	48.5	40.0	33.3	33.3	30.2	29.2
경기	78.2	74.1	59.1	54.7	50.7	47.6	50.8	47.5	44.9
강원	58.1	53.9	43.6	42.8	40.2	37.8	39.7	35.3	33.4
충북	59.9	60.2	48.7	43.4	38.2	36.3	38.5	37.0	35.1
충남	60.9	65.6	52.3	50.0	45.7	42.9	44.9	42.5	40.7
전북	65.0	67.1	56.2	54.6	52.5	49.8	51.5	47.0	44.8
전남	68.1	64.5	53.8	48.6	45.2	41.1	42.1	40.7	37.9
경북	75.8	69.3	54.8	53.9	50.7	46.6	48.5	45.4	43.9
경남	71.0	75.5	65.4	59.7	51.5	47.3	50.1	45.8	42.3
제주	46.9	49.1	45.5	44.3	42.3	37.8	40.7	36.0	32.6
변이계수	0.21	0.22	0.20	0.19	0.20	0.20	0.22	0.22	0.22

자료: 노인장기요양보험통계연보

재가장기요양기관의 수를 살펴보면 이 역시 입소시설 수 추이와 비슷하게 제도 도입 초반에 그 숫자가 증가하였다가 일정 수준을 유지하고 있는 것을 확인할 수 있다. 특히 인프라를 단기에 확충하기 위해, 기존의 노인복지법과 별도로 장기요양보험법에 재가기관 설치근거가 마련되었는데, 장기요양보험법에 의한 기관은 사회복지시설로서의 법적 의무(재무·회계규칙, 책임보험 가입 등)가 전혀 없어 영리를 추구하는 민간기관이 빠르게 유입될 수 있었던 것으로 판단된다(김진수, 2018).⁹ 이러한 재가서비스 공급은 전국적으로 과잉상태여서 시장의 자율적 조절에 의한 균형 상태에 도달하지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다(석재은 외, 2016).

재가장기요양기관 역시 입소시설과 마찬가지로 전체적인 기관 숫자만 평가한다면 충분한, 혹은 과도한 투입이 이루어진 것으로 판단할 수 있

⁹ 2016년 기준 전체 재가기관(11,658개) 중 장기요양보험법에 의한 기관이 86.1%(10,037개)

졌으나 질적인 부분에서는 이용자의 만족도에 부정적인 영향을 미칠만한 요인들이 발견된다.

우선 재가장기요양기관 수를 구체적인 서비스 별로 살펴 보면 일부 서비스는 과잉 공급된 반면 일부 서비스는 공급 부족 현상을 나타내고 있음을 알 수 있다. 선우덕 외(2016)에서 학계, 현장 전문가 및 실무진을 대상으로 실시한 설문조사를 보면, 집단 별로 평가가 다른 경우도 있긴 하지만 전체적으로 방문간호기관과 단기보호기관이 부족하다는 의견이 대부분이었다. 이는 영세방문기관 중심의 서비스가 이루어지고 있으며 이로 인해 단순 방문요양 집중 현상(82.4%)이 발생, 수급자의 돌봄 욕구와는 동떨어진 전형적인 공급자 중심의 서비스 체제로 한계를 보이고 있는 것으로 보인다(김진수, 2018).

즉 재가장기요양기관 역시도 영세기관의 난립으로 적정운영을 확보하지 못하는 현상이 발생하고 있다고 볼 수 있는데, 석재은 외(2016)에서는 재가장기요양기관 중 가장 큰 비중을 차지하는 방문요양기관의 평균 이용자수를 바탕으로 재가장기요양기관의 영세성을 지적하였다. 즉 방문요양서비스 표준급여모형에서 1개소당 이용자 40명을 안정적 기관운영의 분기점으로 볼 수 있는데, 아래 표와 같이 248개 시군구 중 1개소당 이용자 수가 40명 이상인 지역은 33개 시군구로 13.31%에 불과, 40인 미만 지역이 215개로 전체의 86.69%를 차지하여 한국의 재가서비스 시장은 거의 대부분이 영세하게 작동되는 시장 상황에 놓여있음을 지적하였다. 이는 제도 초기에 진입규제를 하지 않아 발생한 공급과잉현상이 현재까지 지속되고 있다는 것을 보여준다(석재은 외, 2016).

〈표 35〉 지역별 방문요양재가서비스 공급기관 1개소 당 이용자수 구분

구분		지역 수	Mean	Std.Dev	Min.	Max
1개소당 이용자수	40명 미만 지역	215개 시군구(86.69%)	30.0명	15.3	6.3명	207명
	40명 이상 지역	33개 시군구(13.31%)				

요약하자면, 노인장기요양제도 도입 당시 정부는 충분한 초기 시설 인프라 확보를 위한 여러 조치들로 인해 충분한 수의 입소 및 재가장기요양기관 설립이 이루어졌다고 볼 수 있으나 이는 기관의 수라는 양적인 측면만을 고려한 평가이며 실제로는 이용자의 만족도에 부정적인 영향을 미칠만한 요인들이 발생하게 되었다고 볼 수 있다.

즉 제도 도입 당시 정부는 적절한 수가체제 하에서 다양한 서비스 기관이 서로 경쟁을 통하여 서비스 질을 향상 시키는 것이 가능하다고 보

았으나 현실은 영세 기관의 난립으로 인해 서비스 이용자가 원하는 품질의 서비스 제공이 이루어지고 있다고 보기는 어려운 상황이라 할 수 있다.

특히 장기요양서비스 시장에서 정상적인 품질의 서비스를 제공하는 기관과 낮은 품질의 서비스를 제공하는 기관으로 시장의 이중화가 이루어진 것으로 볼 수 있다(김진수, 2018). 이는 앞서 언급한 요양보호사의 서비스 품질 문제와도 연관이 되는데, 낮은 질의 서비스를 제공하는 기관은 수급자 유치를 위해 불법적으로 수급자의 본인부담액을 경감 또는 면제하는 조치를 통하여 수급자를 불법적으로 확보하고, 이로 인한 재정 수입의 감소를 요양보호사의 임금에 전가하는 등의 문제가 발생하고 있다. 이는 결국 요양보호사의 작은 이직, 직업 포기 등으로 이어지며 수급자는 낮은 질의 서비스를 제공받게 된다.

뿐만 아니라 이러한 불건전기관의 행태로 인해 정상적인 운영을 하는 요양기관은 상대적으로 가격경쟁력이 약해져 경영에 어려움을 겪게 되며 이 역시도 결과적으로는 요양보호사의 처우를 낮게 하여 수급자가 제공받는 서비스의 품질을 낮추는 결과를 초래하게 된다.

결국 영세 공급기관의 난립과 요양보호사의 낮은 처우 등이 함께 맞물려 서비스 이용자가 기대하는 수준의 양질의 서비스가 제공되지 못하고 있을 가능성을 시사한다.¹⁰

3. 재정 자원

노인장기요양보험의 재원은 보험료, 국고지원금 및 이용자 부담금으로 이루어져있다. 이중 국고지원금은 의료급여에 대한 국가부담금을 제외한 관리·운영비 등을 위해 나라에서 지원하는 금액으로, 노인장기요양보험법에는 보험료수입액의 20%에 상당하는 금액으로 명시되어있다.

¹⁰ 이는 보건복지부가 2018년 수립한 제2차 장기요양보험 기본계획에도 언급되어 있다.

<표 36> 국고예산(국고지원금) 투입 비중

(단위: %, 백만원)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
국고예산 투입비중	17.0	18.1	18.1	17.5	18.1	18.6	17.9	17.9	17.8
보험료 수입	1,199,551	1,831,555	2,142,332	2,369,669	2,542,098	2,704,721	2,883,322	3,091,599	3,277,181
국고 지원금	204,351	332,318	388,311	415,243	459,058	503,301	516,596	552,470	582,216

국고지원금은 노인장기요양법에 명시된 20%보다는 적지만, 18% 수준의 안정된 투입 수치를 보이고 있다. 노인장기요양보험이 지속적으로 재정흑자를 달성, 누적 적립금이 확대되는 추이를 보임에 따라 국고지원금은 충분한 수준의 투입이 이루어진 것으로 평가할 수 있다.

제 3 절 활동 및 산출 단계

1. 지역별(시도별) 장기요양등급 인정자 수(전체 노인인구 대비 인정률)

노인장기요양보험의 지역별(시도별) 장기요양인정자 수 및 인정률 분포는 다음과 같다. 인정률은 지역별(시도별) 노인인구 대비 인정률을 의미한다.

<표 37> 지역별(시도별) 장기요양인정자 수 및 인정률 분포

(단위:명, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	258,476 (4.9)	315,994 (5.8)	324,412 (5.7)	341,788 (5.8)	378,493 (6.1)	424,573 (6.6)	467,752 (7.0)	519,850 (7.5)	585,287 (8.0)
서울	3.8	4.6	5.4	5.3	5.5	5.9	5.8	6.5	6.7
부산	4.7	4.0	4.3	4.2	4.4	4.7	4.6	5.6	6.2
대구	4.1	4.1	5.2	5.2	5.5	5.9	5.8	6.6	7.1
인천	5.4	6.0	6.9	7.1	7.5	7.7	7.6	8.8	9.3
광주	6.1	6.3	6.5	6.3	6.6	7.1	7.1	8.0	8.5
대전	5.7	6.3	7.3	7.3	7.7	8.1	7.8	8.6	8.7
울산	3.2	5.1	5.5	5.3	5.4	5.7	5.4	6.4	6.9
세종	—	—	—	5.9	6.1	6.7	6.9	8.0	8.7
경기	4.3	5.4	6.4	6.4	6.6	7.1	7.1	8.1	8.5
강원	5.9	5.0	6.2	6.2	6.8	7.4	7.5	8.7	9.0
충북	5.2	4.5	5.5	5.7	6.1	6.7	6.8	7.8	8.5
충남	6.2	5.3	6.3	6.4	6.8	7.2	7.3	8.2	9.0

전북	6.9	5.2	5.8	5.7	6.1	6.7	7.0	8.1	9.0
전남	6.3	4.8	5.4	5.6	6.1	6.9	7.2	8.2	9.0
경북	5.7	4.5	5.6	5.7	6.2	6.8	7.0	7.9	8.5
경남	5.5	4.7	5.1	5.2	5.7	6.3	6.3	7.2	7.9
제주	7.2	6.6	7.4	7.2	7.7	7.9	7.6	8.2	8.4
변이계수	0.21	0.15	0.14	0.14	0.14	0.13	0.13	0.12	0.11

자료: 노인장기요양보험통계연보

전체 노인인구 대비 인정률은 2009년 4.9%에서 2017년 8.0%로 크게 증가하였다. 인정자 수 또한 2017년 기준 58만명에 달하였으며, 변이계수를 통한 지역 간 편차도 제도 초년도에 비해서 최근 상당히 축소된 것으로 보인다.

전체 노인인구의 몇 %를 목표 수급자 비율로 해야 하는지 등에 대한 절대적인 목표나 기준은 없다. 다만 보건복지부에서 수립한 제2차 장기요양 기본계획(2018)에서는 2022년까지 전체 노인인구의 9.6%까지 수급자를 확대하는 것을 목표로 하고 있다.

장기요양 기본계획은 매 5년마다 보건복지부에서 수립하는데, 제1차 장기요양 기본계획(2012)에서는 제도 도입 후 2012년까지의 성과를 평가하고 있다. 해당 기본 계획에서는 인정자 수가 안정화되고 있으며 서비스 수요자 측면에서는 장기요양 수혜자 수 확대에 대한 요구가 있음을 언급하고 있다. 또한 이를 바탕으로 향후 적정 수준의 수혜 대상을 확대할 것을 추진과제 중 하나로 삼고 있다. 이후 2018년 수립된 제 2차 장기요양 기본계획에서는 전체 노인인구의 7% 수준으로 수급자가 확대되었음을 언급하며, 2008년~2016년 노인인구 증가율 3.8%보다 같은 기간 장기요양수급자 증가율인 11.3%가 더 크다는 점을 근거로 적정 수준의 수급자 확대가 이루어졌다고 평가하고 있다. 2022년까지는 전체 노인 인구의 9.6%까지 수급대상자를 확대한다는 방침이다.

이를 바탕으로 볼 때 노인장기요양보험 인정자 수는 충분한 산출이 이루어졌다고 평가할 수 있을 것이다.

2. 소득별 장기요양등급 인정자 수(전체 노인인구 대비 인정률)

노인장기요양보험의 인정자 수 및 인정률 분포를 소득별로 살펴보면 다음과 같다.

<표 38> 소득별 장기요양인정자 수 및 인정률 분포

연도	건강보험			의료급여			기초수급		
	노인인구 (명)	인정자 (명)	비율	노인인구 (명)	인정자 (명)	비율	노인인구 (명)	인정자 (명)	비율
2017	6,806,213	377,499	5.5%	41,654	7,107	17.1%	462,968	91,296	19.7%
2016	6,445,212	336,070	5.2%	41,902	6,266	15.0%	453,282	82,884	18.3%
2015	6,222,919	303,355	4.9%	44,445	5,675	12.8%	451,880	74,276	16.4%
2014	6,004,652	278,938	4.6%	45,116	5,190	11.5%	412,972	66,237	16.0%
2013	5,739,679	250,117	4.4%	45,894	4,592	10.0%	407,189	61,094	15.0%
2012	5,467,861	249,963	4.6%	46,870	4,302	9.2%	407,246	57,410	14.1%
2011	5,184,387	236,523	4.6%	50,200	4,281	8.5%	410,171	56,650	13.8%
2010	4,978,757	196,846	4.0%	47,764	3,465	7.3%	422,463	49,917	11.8%
2009	4,826,440	184,920	3.8%	46,782	3,281	7.0%	413,159	51,579	12.5%

소득별 노인인구 대비 인정자수를 살펴보는 것은 노인장기요양보험의 산출이 계층별로 형평성있게 나타나는지를 확인하기 위함이다. 표를 보면 일반 노인인구 중 인정자 비율에 비해 의료급여와 기초수급 노인인구 중 인정자 비율이 확연히 높게 나타남을 알 수 있다. 이러한 결과가 나타난 데에는 여러 가지 이유가 있을 수 있는데, 의료급여와 기초수급 노인의 경우 자기부담금에 대한 부담이 없다는 점이 크게 작용하였을 가능성이 있다. 또한 이들의 건강상태가 일반 노인인구 전체와 비교했을 때 더 안 좋을 수 있다는 점, 비용 부담 등으로 인해 노인장기요양보험에서 제공하는 노인 서비스 외의 다른 선택지가 없을 수 있다는 점 등 여러 요인이 작용한 것으로 짐작해 볼 수 있다.

노인장기요양보험서비스가 기존의 선별적 노인복지서비스를 흡수하며 만들어진 정책임을 감안할 때 저소득층 노인에 대한 충분한 서비스 제공이 이루어지고 있다는 점은 바람직하다고 볼 수 있다. 즉 기존 노인복지 서비스 체계가 국민 기초생활보장 수급자 등 저소득층 위주로 제공된 선별적 복지제도였다면, 노인장기요양보험은 소득과 관계없이 신체 기능을 기반으로 등급 판정을 진행, 서비스를 제공하는 보편적 복지제도에 가까운데, 보편성을 지향하면서도 기존의 선별적 노인복지 서비스가 담당했던 저소득층에 대한 서비스를 노인장기요양보험제도에서도 계승하여 제공하고 있는 것으로 판단할 수 있는 것이다.

이석민 외(2012)에서도 일반 노인인구 중 인정자 비율과 빈곤노인 중 인정자 비율을 비교하며, 빈곤노인들에게 서비스가 전달되고 있음을 보았을 때 제도의 산출결과는 단기적으로는 만족할 만한 성과를 거두고 있다고 판단하였다.

3. 지역별(시도별) 등급외 비율

절대적인 인정자 숫자 외에, 노인장기요양보험 이용 욕구가 있는 사람의 수를 감안했을 때 얼마나 많은 수의 사람이 혜택을 받고 있는지를 보기 위해 지역별(시도별) 등급외자 비율을 살펴보았다. 등급외는 장기요양 인정신청을 했지만 장기요양을 받기에는 건강상태가 비교적 양호하여 인정을 받지 못한 경우를 뜻한다. 등급 외 판정을 받은 자는 노인 돌봄 종합서비스를 신청하여 바우처를 제공받아 가사와 간병 서비스 등을 이용할 수 있다. 다만 노인 돌봄 종합서비스의 경우 가구 소득이 전국가구 기준 중위소득 160% 이하인 경우나 시·군·구청장이 인정하는 자로서 장애 1 ~ 3등급 또는 중증질환자, 차상위계층 이하의 사람만 이용할 수 있다.

지역별(시도별) 전체 신청인원 대비 등급외 비율은 다음과 같다.

<표 39> 지역별(시도별) 장기요양 신청자 대비 등급외자 판정 비율

(단위:%)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	19.8	19.9	32.2	31.0	29.3	27.5	25.8	23.7	21.9
서울	10.3	13.4	20.8	20.1	18.7	17.0	16.5	15.7	15.2
부산	20.8	23.8	37.7	37.1	34.3	33.2	31.4	26.9	23.7
대구	29.1	23.0	33.5	32.0	30.2	27.8	25.9	23.9	22.1
인천	15.6	19.4	29.7	27.3	25.5	24.3	21.9	19.6	18.0
광주	22.8	24.4	39.9	39.3	38.8	37.5	35.1	33.5	31.5
대전	19.9	19.7	31.0	29.0	27.0	25.9	25.1	24.0	23.5
울산	15.0	15.7	28.4	28.5	26.8	26.0	23.5	20.1	17.7
세종	0.0	0.0	0.0	25.4	25.5	24.6	22.9	19.0	18.1
경기	15.2	15.6	25.2	24.3	23.3	21.2	19.6	18.0	16.8
강원	14.8	18.0	28.6	27.2	25.8	24.7	23.4	22.4	21.3
충북	18.8	19.2	30.4	27.6	26.4	25.0	23.8	22.3	20.1
충남	17.4	18.7	29.5	29.4	27.8	27.0	26.0	24.2	22.1
전북	26.5	28.5	45.2	44.9	43.7	41.7	39.0	35.9	33.1
전남	31.8	25.5	46.0	43.7	41.1	38.0	36.1	32.8	30.6
경북	27.4	22.3	35.7	34.7	33.3	31.0	28.8	26.8	25.0
경남	26.0	27.9	43.9	42.3	39.0	36.4	34.4	30.2	27.3
제주	13.6	15.0	27.4	27.9	24.8	22.7	21.9	20.5	19.3
면이계수	0.41	0.35	0.34	0.23	0.23	0.24	0.24	0.24	0.24

자료: 노인장기요양보험통계연보

노인장기요양보험 이용 욕구가 있어 노인장기요양보험을 신청했으나 등급외로 판정받은 비율은 연도별로 차이는 있지만 ‘17년 기준 20% 근처의 수치를 보이고 있다. 이는 곧 장기요양보험 이용 욕구가 있어 실제 신청을 진행한 인원 중 20%는 혜택을 받지 못함을 뜻한다. 이러한 결과는 서비스 신청자가 인식하는 장기요양인정 가능 건강상태와 정부가 인정하는 건강상태 수준에 차이가 있어서 발생한다고 볼 수 있을 것이다.

등급외 판정 비율과 관련하여, 정부는 그 동안 서비스 이용자 수를 늘리기 위해 기존의 3등급을 5등급까지 늘리고 ‘18년에는 인지지원등급을 신설하였으며 인정 점수를 꾸준히 낮추는 등의 조치를 취하였다. 그 결과 2011년 32%에 달하는 등급외 판정 비율은 지속적으로 감소하여 2017년에는 21.9%까지 줄어들었다. 이는 주목할만한 성과이다. 바람직한 등급외 판정 비율이 얼마인지에 대한 절대적인 기준은 없으며, 추후 등급외 판정 비율은 정부가 앞으로 서비스 이용자 수 확대를 어느 정도 수준으로 가져갈 계획인지, 노인장기요양보험의 재정상황이 어떻게 변하는지 등의 여러 요인에 따라 결정될 것으로 보인다. 보건복지부의 제2차 장기요양 기본계획에서는 2022년까지 보장성 확대를 위해 전체 노인인구의 9.6% 까지 수급자 비율을 늘리고, 본인부담 경감 혜택 확대하며 중장기적으로는 비급여 항목의 일부를 급여화하는 등의 방안을 검토하고 있어 결과적으로는 등급외자 비율이 지속적으로 감소할 것으로 예상되고 있다.

제 4 절 결과 단계

결과 단계는 단기적 결과, 중기적 결과, 장기적 결과로 구성된다. 단기적 결과에는 노인의 건강 상태 호전, 노인의 생활안정 도모, 가족의 부양부담 감소로 구성된다. 중기적 결과는 이용자의 자립 생활, 부양자의 사회·경제활동 기회 증가이며 장기적 결과는 국민¹¹의 삶의 질 향상이다.

단기적 결과 및 중기적 결과에 대한 분석은 건강보험관리공단에서 매년 실시하는 서비스 이용자 만족도 및 인식조사 설문자료를 통해 실시하였다. 해당 만족도 및 인식조사 설문자료는 2008년에 시작되어 2018년까지 자료가 공개되었으며 장기요양 제도에 대한 보호자 및 이용자, 중

¹¹ 여기서 말하는 국민의 범위는 이용자 노인과 그 가족 부양자로 한정하기로 한다.

사자의 만족도 점검을 위해 전반적 만족도 등을 파악하고, 발전적 정책 마련을 위한 기초자료를 얻는 데 그 목적이 있다. 조사는 크게 제도만족도, 직무만족도 그리고 국민인식도 조사로 구분되는데, 이 중 제도만족도의 설문 내용이 본 연구와 직접적인 연관이 있다. 제도만족도 조사는 매년 보호자 1,000명에 대한 전화조사와 이용자 700명에 대한 방문면접으로 이루어진다. 다만 공개된 자료는 요약보고서로 만족도 조사 원자료는 외부공개를 하지 않는 것이 방침이라 본 연구에서는 요약보고서의 자료만을 사용한 한계가 있음을 미리 밝혀둔다.

1. 단기적 결과

가. 노인의 건강상태 호전

노인장기요양보험을 이용한 후 이용자 노인의 건강상태가 호전되었는지 여부를 확인하게 위해 부양자를 대상으로 이루어진 아래의 질문에 대한 결과를 확인하였다.

문. 장기요양서비스를 이용하신 후, 어르신 건강상태는 어떻게 변화되었습니까?

답. ⑤ 매우 좋아졌다 ④ 좋아졌다 ③ 비슷하다 ② 나빠졌다 ① 매우 나빠졌다

위의 질문에 대해 ⑤ 매우 좋아졌다 및 ④ 좋아졌다고 응답한 응답자의 비율은 다음과 같다.

<표 40> 건강상태 호전 여부(매우 좋아졌다 및 좋아졌다 응답 합계)

(단위: %)

	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	평균
1등급	38.2	34.0	74.8	73.3	77.2	77.1	69.4	77.8	73.8	61.9
2등급	38.8	34.5	79.0	71.0	78.4	66.0	79.2	67.5	67.9	61.9
3등급	42.3	39.9	79.7	81.1	81.0	79.0	75.6	80.1	63.1	69.4
4등급					69.6	76.2	79.3	80.4	59.2	73.2
5등급						83.4	78.7	66.7	51.5	67.7
인지지원									50.0	50.0
평균	40.2	37.5	79.0	78.3	78.0	75.6	76.7	77.0	63.9	

건강상태 호전 여부에 대한 응답 결과를 연도별로 우선 살펴보면, 2009년과 2010년에 비해 2011년부터는 갑작스럽게 건강상태가 호전되었다는 대답이 늘었으며 이후 안정적인 추세를 보이고 있음을 알 수 있다. 이에 대한 정확한 해석은 어려우나 제도 도입 후 3년이 지나 제도가 어느 정도 안정되고 초반의 시행착오를 거치며 지속적인 개선이 이루어졌기 때문이 아닌지 조심스럽게 추측해 볼 수 있을 것이다.

등급별로는 평균적으로 3~4등급의 응답 비율이 높는데, 1등급으로 갈수록 신체기능이 악화되었다는 뜻이므로 상대적으로 건강상태가 양호한 3~4등급의 이용자들이 노인장기요양보험으로 많은 효과를 보았다고 해석할 수도 있겠지만, 연도별로 살펴보면 2등급에 비해 1등급의 응답 비율이 더 높은 경우도 있어 해석에 주의를 요한다. 특히 만족도 조사에서는 가족부양자를 대상으로 이용자 노인의 건강상태 호전 여부를 조사했는데, 이는 어디까지나 가족부양자가 느끼는 주관적인 호전 여부로 보다 정확한 평가를 위해서는 이용자 노인의 신체기능을 실제로 측정한 후 이를 바탕으로 건강상태 호전 여부가 평가되어야 할 것이다.

나. 노인의 생활안정 도모

노인의 생활안정 도모는 이용자 노인의 경제적 부담이 얼마나 덜어졌는지를 의미한다고 볼 수 있다. 본 연구에서는 이를 국민건강보험공단 만족도 조사 항목 중 ‘의료기관 이용빈도 변화’ 항목 정보를 바탕으로 평가하였다.

문. 장기요양서비스를 이용하신 후, 어르신의 의료기관(병원, 약국, 한의원 등) 이용횟수가 어떻게 변화되었습니까?

답. ⑤ 매우 증가했다 ④ 증가했다 ③ 비슷하다 ② 감소했다 ① 매우 감소했다

이용자노인의 의료기관 이용 횟수 변화에 대해 ① 매우 감소했다 및 ② 감소했다로 응답한 비율은 다음과 같다.

<표 41> 의료기관 이용 횟수 감소 여부 (매우 감소 및 감소 응답 합계)

(단위: %)

	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	평균
1등급	N/A		20.9	10.0	16.5	18.0	21.4	20.7	N/A	18.2

2등급		15.7	8.3	22.2	18.1	26.4	21.1		18.4
3등급		13.2	9.8	16.4	23.3	21.4	25.7		17.2
4등급				13.8	23.3	20.3	26.6		21.5
5등급					33.4	39.4	9.6		28.8
평균		14.6	9.5	17.0	22.0	22.6	23.9		

이용자노인의 의료기관 이용 횟수 변화에 대해 연도별로 살펴보면 초반에 비해 최근 감소했다는 응답 비율이 높아진 것을 확인할 수 있다. 이 역시도 제도의 안정화와 지속적인 제도 개선, 보완에 따른 효과임을 짐작해 볼 수 있다. 등급별로는 큰 차이가 없으나 상대적으로 신체 기능이 양호한 4,5등급에서 높은 응답률을 보이고 있음을 알 수 있다.

다만 절대적인 수치로 봤을 때 의료기관 이용 횟수가 감소했다는 응답이 20% 수준이라는 것은 의료기관 이용 횟수에 변화가 없거나 오히려 증가했다는 응답이 80% 가까이 된다는 것을 의미하는데, 이 수치만 놓고 본다면 노인장기요양보험이 목표로 했던 노인의 생활안정 도모에 큰 영향을 미치고 있다고 보기는 어려울 수 있다. 나아가 이러한 결과는 앞서 이용자 노인의 건강상태가 호전되었다는 응답이 70%가까이 나온 것과 모순되는 부분이 있다고 볼 수도 있을 것이다.

그러나 이러한 해석은 상당한 주의를 요한다. 박노옥 외(2011)에 따르면, 노인장기요양보험은 의료서비스의 이용에 서로 반대적인 영향을 끼친다. 즉 신체활동 등의 어려움이 있던 노인이 요양보호사의 도움으로 인하여 의료서비스에 대한 접근성이 높아져 의료서비스 이용이 증가하는 효과가 있을 수 있다. 반대로 노인들에게 선제적으로 요양서비스를 제공함으로 인하여 건강이 개선되거나 유지되어 의료서비스 이용이 감소하는 효과가 있을 수 있다. 따라서 장기요양보험이 의료서비스에 미치는 영향은 서로 다른 방향으로 작용하는 이러한 효과의 상대적 크기에 의해 결정된다. 때문에 의료기관 이용빈도에 대한 응답과 건강상태 호전에 대한 응답결과가 반드시 서로 모순된다고 볼 수는 없는 것이다.

요약하자면, 노인의 생활안정 도모라는 노인장기요양보험제도의 단기적 목표를 국민건강보험공단의 만족도 조사 결과 중 이용자 노인의 의료기관 이용 빈도의 감소 여부만으로 평가한다면, 목표가 달성되었다고 보기는 어려울 것이다. 그러나 실제로는 의료기관을 이용해야 하는 건강상태인데도 여러 이유로 이용을 못하던 노인들이 의료기관을 이용하게 됨으로써 의료기관 이용 빈도가 증가 했을 수도 있다는 점을 고려할 때는 단순히 목표가 달성되지 못하였다고 평가하기에는 무리가 있을 것으로

보인다.

다. 가족의 부양부담 감소

노인장기요양보험의 주된 목표 중 하나는 가족의 부양부담 감소이다. 부양부담은 크게 경제적 부담, 신체적 부담, 정신적(심리적) 부담으로 나누어 볼 수 있다. 노인장기요양보험 만족도 조사에서는 부양가족의 신체적 부담과 정신적(심리적) 부담 감소 여부에 대해 조사하고 있다. 경제적 부담은 또한 장기요양보험의 또 다른 단기적 목표 중 하나인 생활안정 도모와 유사한 항목이므로 생활안정 도모 항목을 바탕으로 경제적 부담 감소 여부를 짐작해 볼 수 있을 것이다.

부양가족의 신체적 부담과 정신적(심리적) 부담 감소 여부에 대한 질문 및 그 응답 결과는 아래와 같다.

문. 어르신이 장기요양서비스를 이용하신 후, 수발하시는 분의 피로감, 과로증상, 우울감, 스트레스 등 수발부담은 어떻게 변화되었습니까?
답. ⑤ 매우 증가했다 ④ 증가했다 ③ 비슷하다 ② 감소했다 ① 매우 감소했다

<표 42> 수발 부담 감소 여부(매우 감소 및 감소 응답 합계)

(단위: %)

	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	평균
1등급	89.5	88.6	92.2	88.9	81.9	92.8	86.8	94.8	93	89.8
2등급	91.3	89.95	91.4	90.7	87.2	89	92.2	88.2	90.3	90.1
3등급	93.2	87.65	88	93.8	93.1	91.3	90.3	92.6	89.8	91.0
4등급					92.3	88.9	92.8	91.2	93.8	91.6
5등급						100	93.9	85.7	87.9	90.9
인지지원									92.9	92.9
평균	91.7	88.4	89.2	92.7	90.5	90.3	91.0	91.6	91.3	

출처: 노인장기요양보험 만족도 조사 자료

위의 표를 보면 가족들의 부양부담이 연도, 등급 불문하고 매우 감소한 것을 알 수 있다. 이는 노인장기요양보험이 가족의 부양부담을 감소시키는 역할을 충실히 해 내고 있음을 의미한다. 노인장기요양보험이 시행되기 전에는 노인의 수발로 인한 경제적, 신체적, 정신적 부담은 개인과

가족의 몫이었다. 이후 2008년부터 시행된 노인장기요양보험은 이러한 위험에 처한 개인 및 가족이 단독으로 져야할 삶의 무게를 덜어줄 수 있는 제도로써 기능을 수행해오고 있다고 볼 수 있는 것이다. 집에서 요보호가 요청되는 경우 가족이 아닌 요양보호사에 의해서 돌봄이 가능해졌다는 점과 시설을 이용하는 경우 상당수준의 경제적 지원으로 이용자와 가족의 부담을 덜어주고 있는 것으로 평가되고 있다(제갈현숙, 2011).

2. 중기적 결과

가. 이용자의 자립생활

노인장기요양보험제도의 제도 설계에 따르면, 노인의 건강상태가 호전되고 노인의 생활이 안정 되면서 가족의 부양부담이 감소하면 노인 이용자의 자립생활이 가능하게 될 것으로 기대하고 있다

노인의 자립생활 항목의 경우 해당 항목의 측정에 사용될 수 있는 설문조사 자료 및 기타 데이터가 존재하지 않는 관계로 별도의 평가는 시행하지 못하였다. 다만 앞서 시행했던 건강상태 변화 결과와 가족의 부양부담 감소 결과를 바탕으로 노인의 자립생활 역시 일정 수준 그 성과가 나타나고 있는 것으로 나름의 결론을 내리고자 한다.

나. 부양자의 사회·경제활동 기회 증가

가족부양자의 사회·경제활동의 기회가 증가하였는지에 대해 장기요양보험 만족도 조사 결과는 다음과 같다.

<표 43> 경제활동 기회 증가 여부(매우 증가 및 증가 응답 합계)

(단위: %)

	2009	2010	2011	평균
1등급	91.7	93.2	95.7	93.1
2등급	96.4	94.7	97.8	96.2
3등급	96.1	97.1	97.3	96.9
평균	95.1	95.8	97.2	

<표 44> 사회활동 기회 증가 여부(매우 증가 및 증가 응답 합계)

(단위: %)

	2009	2010	2011	평균
1등급	79.4	75.3	88.7	80.2
2등급	78.3	77.3	92.8	82.0
3등급	73.0	75.4	89.8	80.5
평균	76.2	75.9	90.3	

<표 45> 사회경제적 활동 변화 여부 (매우 도움이 되었다 및 도움이 되었다 응답 합계)

(단위: %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	평균
1등급	87.8	88.9	90.3	92.8	93.3	90	90.6
2등급	93.3	91.7	90.1	92.1	95.1	90.4	92.2
3등급	92.2	93.4	90.6	92.2	93.4	91.1	92.2
4등급		91.8	91.3	94.1	92	94.2	92.7
5등급			91.7	91	95.2	90.9	91.9
인지지원						85.7	85.7
평균	92.0	92.2	90.7	92.7	93.5	91.5	

해당 항목에 대한 조사는 연도별로 조금씩 다르게 진행되었는데 2009년부터 2011년까지는 사회적 활동 증가여부와 경제적 활동 증가여부로 구분하여 설문이 진행된 반면 2012년부터는 사회경제적 활동으로 통합되어 설문이 진행되었다.

연도별로도 등급별로도 노인장기요양보험은 서비스 이용에 따른 가족부양자의 사회 경제적 활동을 증가시킨 것으로 나타났는데, 이는 앞서 가족의 부양부담이 감소한 것과 일맥상통한다고 볼 수 있다. 결국 노인장기요양보험은 가족부양자의 부양부담을 감소시키고, 그 결과로 생긴 여유를 사회적, 경제적 활동에 사용할 수 있게 된 것으로 해석할 수 있을 것이다.

제 6 장 논의 및 결론

제 1 절 연구결과의 요약

이상으로 2017년 노인장기요양보험 이용여부에 따른 이용자 노인과 부양가족의 삶의 질을 분석해 보았다. 먼저 성향점수매칭(PSM)과 역확률가중치 분석을 통해 2017년 노인장기요양보험 수급가구와 비수급가구의 구성원들의 삶의 전반적 만족도와 가족관계 만족도의 평균 차이가 있는지를 살펴보았는데, 성향점수 매칭을 이용한 경우 유의미한 평균 차이가 발생하지 않는 것으로 나타났으나 역확률가중치 분석을 실시한 결과 장기요양보험 이용가구의 가구원들이 비수급 가구원들에 비해 평균적으로 삶의 전반적인 만족도와 가족관계 만족도가 낮은 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는 동일 데이터를 사용한 선행연구들의 연구결과와 일치하였다. 이러한 결과가 나타난 것에 대해 선행연구들은 제도의 성숙이 충분히 이루어지지 않은 시점에 분석이 이루어졌거나, 이용자 노인 입장에서는 가족수발자가 아닌 요양보호사에 의해 돌봄을 제공받는 것이 가족수발자에 의해 돌봄을 제공받았을 때 보다 삶의 만족도가 낮아질 수 있음을 원인으로 제시하였다. 또한 통계적 분석 방법 외에 심층 인터뷰 등의 다양한 분석을 추가적으로 시행하여 보다 정확한 원인을 파악할 필요가 있음을 언급하였다.

본 연구는 이에 따라 노인장기요양보험을 하나의 프로그램으로 보고 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 해당 제도를 투입, 활동, 산출, 결과 등의 단계로 구분하여 단계별로 평가지표를 설정하고 평가를 실시하였다. 그 과정에서 노인장기요양보험의 이용이 오히려 이용자노인과 부양가족의 삶의 만족도, 가족관계 만족도에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 요인이 있는지를 중점적으로 살펴보았다.

우선 노인장기요양보험제도는 도입 당시의 사회적 니즈에 부합하는 제도였다고 볼 수 있다. 2005년 보건복지부가 전 국민을 대상으로 실시한 여론조사에서는 응답자의 84.7%가 우리 사회의 노인 문제가 심각하다고 응답하였고, 응답자의 72%가 본인이나 가족이 직접 혜택을 받지 못하더라도 매월 일정금액의 요양비를 부담할 용의가 있다고 응답하였다. 나아가 2008년 1월에 실시된 여론조사에서도 국민의 83.6%가 장기요

양보호의 문제가 심각하다고 인식하였고 그러한 문제의 해결은 사회적 차원에서 이루어져야 한다는 응답이 81.6%에 달하였다. 이 같은 설문조사 결과를 바탕으로 볼 때 노인장기요양보험제도는 제도의 대상인 국민들의 수요를 적절하게 반영한 제도임을 알 수 있다.

투입 단계는 인적, 물적, 그리고 재정자원으로 나누어 분석하였다. 정부의 인적 자원 투입 측면에서는 전담 부서가 존재하고 충분한 담당 인력이 투입된 것으로 볼 수 있었다. 인구 1,000명당 요양보호사 수와 관련해서는 문제점이 발견되었는데, 누적 요양보호사 자격 취득 인원에 비해 실제 현장에서 근무하는 요양보호사는 부족한 것을 알 수 있었다. 이는 요양보호사의 열악한 근무 환경, 낮은 임금 등에 기인한 것으로 이러한 요인들은 요양보호사로 하여금 노인장기요양보험 이용자에게 양질의 서비스를 제공하기 어렵게 만드는 요인으로 작용할 가능성이 있음을 시사한다. 다수의 선행연구들이 돌봄 서비스의 최전방에 있는 요양보호사가 제공하는 서비스의 양과 질에 따라 환자의 만족도 및 건강상태가 달라질 수 있음을 언급하고 있다.

물적 자원은 장기요양인정자 1,000명당 노인요양시설 등 침상 수 분포 추이, 지역별(시도별) 노인요양시설 입소 충족률(정원 대비 현원율) 분포 추이, 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수 분포 추이 등을 살펴보았다. 노인요양시설 및 재가장기요양기관의 숫자만을 본다면 충분한 투입이 이루어졌음을 알 수 있었다. 그러나 실제로는 대부분의 입소 및 재가서비스기관들이 영세한 규모의 기관으로, 이용자가 기대하는 수준의 양질의 서비스가 제공되지 않을 가능성을 시사하였다. 입소시설의 경우 시설 규모 및 정부평가 등급에 따른 정원대비 대기인원 비율을 살펴보면 대규모 시설일수록, 상위 정부평가를 받은 시설일수록 대기인원 비율이 높은 것을 알 수 있었다. 이는 이용자들은 규모가 큰, 정부 등급이 높은 기관을 선호함을 보여준다. 그러나 실제로는 전체 노인요양시설의 약 68%가 30인 미만의 영세 시설이다.

재가요양기관 역시 영세한 시설이 높은 비중을 차지하며 방문요양 등의 특정 서비스에 기관이 편중된 모습을 보이고 있었다. 시설 규모가 영세하다고 하여 반드시 낮은 수준의 서비스가 제공되는 것은 아니지만, 아무래도 시설 규모가 클수록 제공되는 서비스의 품질이 더 높을 가능성이 높은데다가 영세 시설들이 수급자 확보를 위해 수급자의 자기부담금을 불법적으로 대납해주면서 그로 인해 발생하는 재정적 손해를 요양보호사의 임금에 전가, 요양보호사의 서비스의 질을 더욱 악화시키는 등의

악순환이 발생하고 있어 이러한 요인들이 이용자 노인 및 가족부양자가 제공받는 서비스의 질의 악화를 불러오고 있다고 볼 수 있다. 다수의 선행연구에서 노인 돌봄 서비스의 만족도가 높을수록 이용자 노인의 생활 만족도가 높아진다고 밝히고 있는데, 결국 서비스 품질의 악화는 이용자 노인 및 가족부양자의 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠 것을 예상할 수 있다.

재정자원은 국고 투입금 수준으로 살펴보았는데, 국고 예산 투입 비중은 연 18% 수준의 안정된 투입 수치를 보이고 있다. 노인장기요양보험이 지속적으로 재정흑자를 달성, 누적 적립금이 확대되는 추이를 보임에 따라 국고지원금은 충분한 수준의 투입이 이루어진 것으로 평가할 수 있다.

활동 및 산출 단계에서는 제도의 수혜자 수를 중심으로 분석을 진행하였는데, 지역별(시도별) 장기요양등급 인정자 수(전체 노인인구 대비 인정률), 소득별 장기요양등급 인정자 수(전체 노인인구 대비 인정률) 그리고 지역별(시도별) 등급외 비율을 살펴보았다. 전체 노인인구 대비 인정률은 2009년 4.9%에서 2017년 8.0%로 크게 증가하였고, 인정자 수 또한 2017년 기준 58만명에 달하였으며, 변이계수를 통한 지역 간 편차도 제도 초년도에 비해서 최근 상당히 축소된 것으로 보인다. 전체 노인인구의 몇 %를 목표 수급자 비율로 해야 하는지 등에 대한 절대적인 목표나 기준은 없다. 다만 보건복지부에서 수립한 제2차 장기요양 기본계획(2018)에서는 2022년까지 전체 노인인구의 9.6%까지 수급자를 확대하는 것을 목표로 하고 있으며, 성공적인 수급자 확대가 이루어져 오고 있다고 평가되고 있다는 점을 바탕으로 노인장기요양보험제도의 수급자 수를 기준으로 보면 충분한 수준의 산출이 이루어졌다고 볼 수 있을 것이다.

소득별 장기요양등급 인정자 수(전체 노인인구 대비 인정률)를 보면 저소득층 노인의 인정률이 일반 노인에 비해 높음을 알 수 있다. 노인장기요양보험서비스가 기존의 선별적 노인복지서비스를 흡수하며 만들어진 정책임을 감안할 때 저소득층 노인에 대한 충분한 서비스 제공이 이루어지고 있다고 볼 수 있을 것이다.

마지막으로 노인장기요양보험 이용 욕구가 있는 사람의 수를 감안했을 때 얼마나 많은 수의 사람이 혜택을 받고 있는지를 보기 위해 지역별(시도별) 등급외자 비율을 살펴보았다. 등급외는 장기요양 인정신청을 했지

만 장기요양을 받기에는 건강상태가 비교적 양호하여 인정을 받지 못한 경우를 뜻한다. 등급외자의 비율은 지속적으로 감소하여 2017년에는 약 20% 수준으로 감소하였다. 바람직한 등급외 판정 비율이 얼마인지에 대한 절대적인 기준은 없으며, 추후 등급외 판정 비율은 정부가 앞으로 서비스 이용자 수 확대를 어느 정도 수준으로 가져갈 계획인지, 노인장기요양보험의 재정상황이 어떻게 변하는지 등의 여러 요인에 따라 결정될 것으로 보인다. 보건복지부의 제2차 장기요양 기본계획에서는 ‘22년까지 보장성 확대를 위해 전체 노인인구의 9.6% 까지 수급자 비율을 늘리고, 본인부담 경감 혜택 확대하며 중장기적으로는 비급여 항목의 일부를 급여화하는 등의 방안을 검토하고 있어 결과적으로는 등급외자 비율이 지속적으로 감소할 것으로 예상되고 있다.

결과부문은 단기적 결과, 중기적 결과, 장기적 결과로 이루어져 있다.¹² 결과부문에 대해서는 건강관리보험공단에서 이용자 노인 및 부양가족을 대상으로 매년 실시해 온 만족도 조사 자료를 이용하였다.

단기적 결과는 노인의 건강상태 호전, 노인의 생활안정 도모 그리고 가족의 부양부담 감소로 구성된다. 건강상태 호전과 관련해서는 평균 약 70% 정도의 부양가족이 노인장기요양보험의 이용으로 이용자 노인의 건강상태가 매우 호전 및 호전되었다고 응답하였다. 다만 이는 어디까지나 가족부양자가 느끼는 주관적인 호전 여부로 보다 정확한 평가를 위해서는 이용자 노인의 신체기능을 실제로 측정한 후 이를 바탕으로 건강상태 호전 여부가 평가되어야 할 것이다.

노인의 생활 안정 도모는 노인장기요양보험 이용 이후 이용자 노인의 의료기관 방문 빈도가 감소하였는지 여부로 측정하였다. 그 결과 평균 다만 절대적인 수치로 봤을 때 의료기관 이용 횟수가 감소했다는 응답이 20% 수준으로 나타났다. 이는 곧 해당 제도 이용 후 의료기관 이용 횟수에 변화가 없거나 오히려 증가했다는 응답이 80% 가까이 된다는 것을 의미하는데, 이 수치만 놓고 본다면 노인장기요양보험이 목표로 했던 노인의 생활안정 도모에 큰 영향을 미치고 있다고 보기는 어려울 수 있다. 나아가 이러한 결과는 앞서 이용자 노인의 건강상태가 호전되었다는 응답이 70%가까이 나온 것과 모순되는 부분이 있다고 볼 수도 있을 것이다.

¹² 이 중 장기적 결과는 ‘국민의 삶의 질 향상’으로, 본 연구의 가설로 설정하여 분석을 시행하였기에 프로그램 논리모형상에서는 따로 분석을 실시하지 않았다.

그러나 이러한 해석은 상당한 주의를 요한다. 박노옥 외(2011)에 따르면, 노인장기요양보험은 의료서비스의 이용에 서로 반대적인 영향을 끼친다. 즉 신체활동 등의 어려움이 있던 노인이 요양보호사의 도움으로 인하여 의료서비스에 대한 접근성이 높아져 의료서비스 이용이 증가하는 효과가 있을 수 있다. 반대로 노인들에게 선제적으로 요양서비스를 제공함으로써 인하여 건강이 개선되거나 유지되어 의료서비스 이용이 감소하는 효과가 있을 수 있다. 따라서 장기요양보험이 의료서비스에 미치는 영향은 서로 다른 방향으로 작용하는 이러한 효과의 상대적 크기에 의해 결정된다. 때문에 의료기관 이용빈도에 대한 응답과 건강상태 호전에 대한 응답결과가 반드시 서로 모순된다고 볼 수는 없는 것이다.

요약하자면, 노인의 생활안정 도모라는 노인장기요양보험제도의 단기적 목표를 국민건강보험공단의 만족도 조사 결과 중 이용자 노인의 의료기관 이용 빈도의 감소 여부만으로 평가한다면, 목표가 달성되었다고 보기는 어려울 것이다. 그러나 실제로는 의료기관을 이용해야 하는 건강상태인데도 여러 이유로 이용을 못하던 노인들이 의료기관을 이용하게 됨으로써 의료기관 이용 빈도가 증가 했을 수도 있다는 점을 고려할 때는 단순히 목표가 달성되지 못하였다고 평가하기에는 무리가 있을 것으로 보인다.

가족의 부양부담과 관련해서는 가족들의 부양부담이 연도, 등급 불문하고 매우 감소하였는데, 90% 이상의 가족들이 부양부담이 매우 감소 또는 감소하였다고 답하고 있다. 이는 노인장기요양보험이 가족의 부양부담을 감소시키는 역할을 충실히 해 내고 있음을 의미한다.

중기적 결과는 이용자의 자립생활과 부양가족의 사회·경제적 활동 기회 증가 항목으로 구성된다. 이 중 이용자의 자립생활은 활용할만한 데이터가 없어 분석을 시행하지 못하였으나, 앞서 시행했던 건강상태 변화 결과와 가족의 부양부담 감소 결과를 바탕으로 노인의 자립생활 역시 일정 수준 그 성과가 나타나고 있는 것으로 나름의 결론을 제시하였다.

가족 부양자의 사회·경제활동 기회 증가 역시 90%가 넘는 응답자들이 사회 및 경제적 활동을 할 기회가 매우 증가 또는 증가하였다고 답하였다. 이는 노인장기요양보험의 중기적 결과인 부양가족의 사회 경제적 활동 기회 증가와도 일맥상통하는데, 결국 노인장기요양보험은 가족부양자의 부양부담을 감소시키고, 그 결과로 생긴 여유를 사회적, 경제적 활동에 사용할 수 있게 된 것으로 해석할 수 있을 것이다.

이러한 분석결과와 관련하여 본 연구에서는 2017년 노인장기요양보험의 이용자 및 부양가족의 전반적 만족도와 가족관계 만족도 평균이 비수급 가구의 만족도에 비해 유의미하게 낮은 것에 대해 아래의 두 가지 해석을 제시하고자 한다.

첫 번째는 여러 선행연구들에서 제시되었듯 노인장기요양보험 이용자 노인의 입장에서 돌봄 체계가 사회화되기 이전, 가족 수발자에 의해 보호를 받았을 때가 더 삶의 만족도나 가족관계 만족도가 높았을 수 있다는 해석이다. 다수의 연구들이 이를 뒷받침하는데, 김금열(2010)에 따르면 돌봄을 받는 노인은 돌봄 노동을 제공하는 사람과의 관계나 그들과의 정서적 공감을 중시하기에, 가족과 친구 등의 비공식 수발을 공식적 수발보다 선호한다고 한다. 또한 현재 노인장기요양서비스를 이용하는 노인들은 전통적인 가족 부양에 익숙한 세대로서, 가족이 아닌 제3자에 의해 돌봄을 받는다는 사실 자체에서 오는 불만이 있을 수 있다.

두 번째 해석은 노인장기요양보험 제도 자체가 갖는 여러 문제점들로 인해 기대했던 제도 효과가 나타나고 있지 않을 가능성이다. 즉 이용자 노인 및 부양가족이 기대하는 수준의 양질의 서비스가 제공되지 못하고 있을 수 있다는 것으로, 프로그램 논리모형에 따르면 요양보호사들의 처우 문제, 이로 인한 잦은 이직 등으로 인해 돌봄 관계의 지속성이 유지되지 못하고 양질의 서비스 제공이 어려운 문제가 발생하고 있다. 또한 입소시설 및 재가요양기관들의 대부분이 영세한 규모이다 보니 양질의 서비스가 제공되고 있지 못할 가능성이 높다. 이러한 요인들은 결국 이용자노인과 부양가족의 삶의 질, 즉 전반적 만족도와 가족관계 만족도에 부정적인 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다.

제 2 절 연구의 시사점과 한계

본 연구는 다음과 같은 시사점을 갖는다. 우선 대다수의 관련 선행 연구들이 제도 실시 이후 몇 년 지나지 않은 시점에 이루어졌으며, 최신 선행연구 역시 2014년까지의 데이터를 사용하여 이루어졌으나, 본 연구는 2019년 현재 활용 가능한 최신 데이터인 한국 복지패널 2017년 및 2016년 데이터를 이용하여 진행되었다는 점에서 의의가 있다. 2008년 노인장기요양보험이 시행되고 10여 년이 지난 시점의 데이터를 이용하였기에 제도가 충분히 성숙된 후의 데이터를 사용하여 평가를 진행한 것

이다.

또한 다수의 선행연구들이 집단의 동질성을 확보하지 않은 채로 이중 차이 분석 등을 실시한 반면, 본 연구에서는 이용집단과 미이용집단의 동질성을 확보하기 위해 성향점수 매칭 및 역확률가중분석방법을 이용하여 분석을 진행하였다. 특히 역확률가중치 분석법은 매칭에 비해 표본의 정보를 모두 활용할 수 있다는 장점을 갖는다.

가설 검정 결과를 해석함에 있어서도 본 연구에서는 기존의 선행연구들이 간단한 해석만을 제시하였던 것과 달리 프로그램 논리모형을 이용한 분석 결과를 활용하여 해석을 진행하였다. 즉 노인장기요양보험 제도를 하나의 프로그램으로 보고 프로그램 논리모형을 분석틀로 하여 성과 측정 항목과 지표들을 개발하여 투입, 활동, 산출, 결과 등 각각의 단계에 대한 평가를 진행하였으며, 그 평가 결과들을 근거로 하여 가설 검정의 결과를 해석함과 동시에 노인장기요양보험에 대한 좀 더 종합적인 평가를 실시하고자 하였다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 우선 노인장기요양보험은 시설서비스와 재가서비스로 구분되는데, 서비스의 종류에 따라 제도의 효과가 다르게 나타날 가능성이 있다. 또한 서비스의 이용 시간, 이용 금액, 장기요양 판정 등급, 지역 등에 따라서도 만족도에 차이가 나타날 수 있을 것으로 생각되어 보다 심도 있는 분석이 필요할 것으로 보인다.

두 번째는 노인장기요양보험의 이용자노인과 부양가족은 그 속성이 다른 집단으로 정책효과도 다르게 나타날 가능성이 높기 때문에 이를 분리해서 효과를 측정할 필요가 있을 것이나, 한국복지패널에서는 이를 구분할 수 있는 지표가 존재하지 않아 부득이하게 하나의 집단으로 보고 분석을 진행하였다는 점이다.

세 번째로는 프로그램 논리모형과 관련하여, 본 연구에서는 단기적 결과 및 중기적 결과 부분은 건강관리보험공단의 만족도 조사 요약 보고서를 이용하여 평가를 진행하였는데, 제갈현숙(2011)에 따르면 이용자와 가족의 제도에 대한 만족도와 제도 운영에 대한 평가는 반드시 구분되어 조사될 필요성이 제기된다. 즉 이용자와 가족은 그간 개인의 비용과 가족의 헌신으로만 채워졌던 공간에 사회적 지원이 결합되었다는 감사함에, 또는 가족 부양자의 경우 돌봄에 대한 부담이 실제로 감소되었기 때문에 제도 자체에 대한 만족도가 높아 이용자 노인의 건강상태 호전 여부와 같은 객관적 판단이 필요한 항목에서조차 실제보다 긍정적인 응답을 할

가능성을 배제할 수 없을 것이다. 때문에 보다 정확한 분석을 위해서는 건강관리보험공단 원자료 등 추가적인 자료를 활용하여 평가가 진행될 필요가 있을 것이다.

마지막으로 분석 방법론과 관련하여, PSM과 역확률가중치분석법을 사용한 분석 결과가 t-test 및 다중회귀 분석 결과 모두에서 서로 다르게 나타난 것은 단순 매칭 방법에서는 매칭되지 않은 관찰치를 모두 상실하게 되는 문제가 있기 때문인 것으로 생각되나, 보다 정확한 분석과 판단을 위해서는 후속연구에서는 CEM, MAH 등 다양한 매칭방법을 활용한 결과를 비교하는 등의 보다 심도 있는 추가 연구가 필요할 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

국내 문헌

강용규. (2012). 노인장기요양보험의 효과적인 운영방안에 관한 연구. 임상사회사업 연구. 9(1), 1-21.

고길곤. (2017). 통계학의 이해와 활용. 일산: 문우사.

고길곤, 박준, 이시영 (2019). 부패경험이 인식된 공직부패수준에 미치는 영향의 크기: 확장 역확률 가중치 접근을 이용한 준비모수적 접근을 중심으로. 한국행정학보, 53(2), 91-121

공적노인요양보장추진기획단.(2004). 공적노인요양보장체계 개발연구.

한국보건사회 연구원, 보건복지부. 11 -1460000 - 002210 - 14.

국민건강보험공단. (2008).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2009).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2010).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2011).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2012).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2013).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2014).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2015).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2016).노인장기요양보험 통계연보.

_____. (2017).노인장기요양보험 통계연보.

김용희, 안정신.(2012). 장기요양서비스 이용 노인 및 노인 부양가족의 스트레스, 생활만족도 및 서비스만족도. 노인복지연구, 57, 161-189

김진수, 박은, 안수란. (2006). 노인수발보장제도 도입의 쟁점과 정책

- 과제. 한국사회 정책학회, 13(1), 1-28.
- 김진수. (2018). 한국 노인장기요양보험의 평가와 발전과제. 한국장기요양학회 2018 춘계학술 대회자료집, 2018(0), 64-80.
- 김봉태. (2009). 프로그램논리모형 적용을 통한 수산양식어업 분야 재난피해 지원제도의 평가. 수산정책연구, (2), 46-66.
- 김찬우, 박노옥, 이태화, 정성출. (2011). 노인장기요양보험제도 운영에 따른 성과 분석. 한국조세연구원.
- 김찬우. (2013). 노인장기요양보험제도의 사회적 성과에 대한 고찰. 한국사회복지조사 연구, 34(0), 273-296.
- 권현정, 조용운, 고지영. (2011). 노인장기요양보험제도가 대상노인 및 부양가족의 삶의 질과 가족관계 만족도에 미치는 영향 - 성향점수매칭과 이중차이 결합모형을 이용한 분석. 한국사회복지학, 63(4), 301-328.
- 노인장기요양보험법, 법률 제15443호. (2007).
- 노화준. (2018). 정책평가론. 서울: 법문사.
- 민기채. (2011). 노인장기요양보험제도가 가족관계의 변화에 미치는 영향에 대한 이중차이모델 분석. 한국노년학회, 31(4), 999-1014.
- 박인. (2008). 노인장기요양보험법의 입법과정과 내용. 한국법제연구원. Issue paper 08-2.
- 백용운, 최수일 (2010). 장기요양노인을 돌보는 가족부양자의 스트레스에 관한 연구. 노인 복지연구, 49, 215-239.
- 변상민. (2017). 중등학생의 영어사교육 참여 및 비용과 학업성취의 종단적 인과관계 분석. 석사학위논문. 서울대학교.

보건복지부. (2012). 제1차 장기요양 기본계획.
_____. (2018). 제2차 장기요양 기본계획.

사영화, 조성제(2014). 요양시설 입소노인의 시설만족도, 불안, 자아존중감, 스트레스, 우울이 생활만족도에 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 15(12),6998-7004

서동민, 장병원. (2005). 노인요양보장제도도입에 따른 재정추계 기본모형 개발 및 관련 변수에 대한 연구. 사회보장연구, 21(4),161-199.

석재은. (1999). 노인 장기수발보호 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교 연구. 이화 여자대학교 박사학위논문(미간행).

석재은, 박소정, 권현정, 최선희, 이가주, 장은진, 김명숙. (2016). 장기요양 재가서비스 개편방안 연구. 보건복지부. 한국노인복지학회. 11-1352000-001830-01.

선우덕, 강은나, 이윤경, 김지미, 최인덕, 양찬미. (2015). 노인돌봄 (케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축. 한국보건사회연구원. 연구보고서 2015-21-07.

선우덕, 강은나, 황주희, 이윤경, 김홍수, 최인덕, 한은정, 남현주, 서동민, 이선희. (2016). 노인 장기요양보험의 운영성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안. 한국보건사회연구원.

윤성주. (2013). 현안분석 : 노인장기요양보험제도 현황 및 향후과제. 재정포럼, 206(0), 22-37.

윤현식. (2018). 고등학교 진학 유형이 자아존중감 변화에 미치는 영향 분석. 석사학위 논문. 서울대학교.

윤희숙, 정경희, 박능후, 전병유, 권용진.(2010). 노인장기요양보험의

현황과 과제. 한국 개발연구원. 연구보고서 2010-01.

이근홍, 김현덕. (2013). 노인장기요양보험제도 시행 6년의 문제점과 발전방안. 사회과학 연구, 22(0), 283-298.

이미진. (2017). <https://www.peoplepower21.org/Welfare/1529437>

이석민. (2011). 프로그램 논리모형 (Logic Models) 의 적용과 사용에 관한 연구. 한국 거버넌스학회보, 18(1), 211-242.

이석민, 원시연.(2012). 노인장기요양보험제도의 사회적 성과에 대한 평가: 이론주도 평가의 관점. 한국사회와 행정연구, 22(4), 301-329.

이석민. (2018). R과 STATA를 활용한 평가방법론. 서울: 법문사.

이슬비. (2013). 노인장기요양보험제도가 삶의 만족도에 미치는 영향. 석사학위논문. 서울대학교.

이승호, 신유미.(2018). 공적돌봄과 가족돌봄의 관계:제가 노인 돌봄을 중심으로. 고용패널조사 학술대회 자료집, 751- 773.

이윤경. (2009). 노인장기요양서비스 이용 결정요인 분석: 다층모형 (HLM)을 통한 개인과 지역요인 분석. 보건사회연구, 29(1), 213-235.

임정기. (2005). 우리나라 노인요양보장제도의 평가판정도구에 관한 고찰. 보건사회연구, 25(2),173-220.

———. (2008). 의사결정분석을 이용한 우리나라 노인의 요양시설서비스 이용 결정요인에 관한 연구. 한국사회복지학, 60(3), 129-150.

임지연. (2007). 연구논문: 프로그램의 논리주도적 평가준거체계 개념모형에 관한 고찰-청소년활동 프로그램을 중심으로.

청소년학연구, 14(1), 47-70.

장우심. (2009). 노인장기요양보험제도에 따른 요양보호사 교육 및 관리에 관한 연구. 노인복지연구, 43, 263-286.

제갈현숙.(2011). 국민만족도 조사로 은폐된 노인장기요양보험의 제도적 결함. 사회공공연구소. 이슈페이퍼 2011-06.

전해숙. (2017). 노인장기요양보험 효과에 대한 탐색적 분석: 한국복지패널 1차부터 10차 자료를 이용하여. 보건사회연구, 37(1), 307-331.

정경희, 조애저, 오영희, 선우덕. (2001). 장기요양보호대상 노인의 수발 실태 및 복지욕구. 한국보건사회연구원. 연구보고서: 2001-07

최균. (2002) 독거노인에 대한 방문보건.재가복지 통합프로그램의 효과성 분석. 한국노년학, 22(2), 147-162.

최성재, 차홍봉,김익기,서혜경.(2000).노인장기요양보호에 관한 한.일 비교연구. 한국노년학, 20(3), 143-167.

최병호. (2001). 의료보장을 위한 공보험과 민간보험의 바람직한 역할분담 모색. 보건복지포럼, 2(0), 56-63.

통계청. (2012). 장래인구추계: 1960년~2015년.

통계청. (2015a). 인구총조사: 연령 및 성별인구.

———. (2015b). 세계와 한국의 인구현황 및 전망.

한수정, 문상호(2014). 노인장기요양보험제도가 대상자의 삶의 질과 복지인식에 미치는 영향: 한국복지패널을 이용한 이중차이모델 분석. 한국정책학회 추계학술발표 논문집, 2014(0), 221-251

한수정. (2016). 노인장기요양보험제도가 대상자의 삶의 질에 미치는

영향. 한국복지패널 학술대회 논문집, 9(0),135-159.

함철호. (1997). 재가복지사업의 효과성 평가 연구: 수혜노인과 비수혜노인의 사회적 지원망과 생활만족도 의 차이검증. 한국노년학, 17(1),139-159.

홍세영. (2011). 노인요양시설 요양보호사가 인식하는 돌봄 노동의 의미와 특성. 노인 복지연구, 51, 165-190.

홍희정. (2015). 성매매처벌법의 형사정책효과평가. 석사학위논문. 서울대학교.

해외 문헌

Bickman, L. (1987a). The functions of program theory. New directions for program evaluation, 1987(33), 5-18.

Funnell, S. (1997). Program logic: an adaptable tool for designing and evaluating programs. Evaluation news and comment, 6(1), 5-17.

Glendinning, C., Moren, N., (2009). Reforming Long-term care: Recent Lessons from Other Countries. Social Policy Research Unit, University of York.

Johnson, N. M., Opdyke, N. D., Johnson, G. D., Lindsay, E. H., & Tahirkheli, R. A. K. (1982). Magnetic polarity stratigraphy and ages of Siwalik Group rocks of the Potwar Plateau, Pakistan. Palaeogeography, Palaeoclimatology, Palaeoecology, 37(1), 17-42.

Mannell, R. C., & Dupuis, S. (1996). Life Satisfaction. In Birren, J. E. (Ed.) Encyclopedia of Gerontology Age, Aging, and the

Aged, 59–64. San Diego: Academic Press.

McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (2010). Using logic models. *Handbook of practical program evaluation*, 55–80.

Normand, S. L. T., Landrum, M. B., Guadagnoli, E., Ayanian, J. Z., Ryan, T. J., Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (2001). Validating recommendations for coronary angiography following acute myocardial infarction in the elderly: a matched analysis using propensity scores. *Journal of clinical epidemiology*, 54(4): 387–398.

Hamrin, E. K., Gustafsson, G., & Jaracz, K. (2012). Quality of life among the elderly with locomotor disabilities in Sweden and Poland in the 1990s. *Quality of Life Research*, 21(2), 281–289.

Patton, M. Q. (1997). *Utilization–focused evaluation* (3rd edition) . Sage Publications. 홍희정 2015, 14에서 재인용

Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner, T. A., & Hacs, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. *New directions for evaluation*, 2000(87), 5–13. 홍희정 2015, 14에서 재인용

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.) . Sage publications. 홍희정 2015, 14에서 재인용

Rubin, D. B. (2001). Using propensity scores to help design observational studies: application to the tobacco litigation. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 2(3), 169–188.

- Sussman, M. (1976). The Family Life of Old People . In Binstock, R. and Shanas, E. (Eds.), Handbook of Aging and the Social sciences , NewYork: Van Nostrand Reinhold.
- Stuart, E. A. (2010). Matching Methods for Causal Inference: A Review and a Look Forward. *Statistical Science* 25(1): 1–21.
- Austin, P. C. (2009). Using the standardized difference to compare the prevalence of a binary variable between two groups in observational research. *Communications in Statistics–Simulation and Computation*, 38(6): 1228–1234.
- Weiss, C. H. (1998). Evaluation: Methods for studying programs and policies (2nd ed.), 229–233. Upper Saddle River: Prentice Hall. 홍희정 2015, 14에서 재인용
- Wholey, J. S. (1987). Evaluability assessment: Developing program theory. New directions for program evaluation, 1987(33), 77–92.

<부록 - 다중회귀분석 결과표>

구 분	PSM		역확률 가중치	
	2017년 전반적 만족도	2017년 가족관계 만족도	2017년 전반적 만족도	2017년 가족관계 만족도
Intercept	3.79(0.92)***	0.6(1.52)	2.25(0.06)***	2.77(0.1)***
2017년 장기요양 이용여부	0.01(0.08)	0.07(0.13)	-0.07(0.03)**	-0.09(0.06)*
성별	0.11(0.09)	-0.06(0.15)	-0.03(0.01)**	0(0.02)
연령	-0.01(0.01)	0(0.01)	0(0)***	0(0)**
교육수준(중졸이하)	-0.08(0.25)	0.09(0.41)	-0.07(0.02)***	-0.15(0.03)***
교육수준(전문대졸이하)	-0.35(0.27)	-0.19(0.44)	-0.06(0.02)***	-0.13(0.03)***
취업상태	0.05(0.18)	0.53(0.3)*	0.04(0.01)***	0(0.02)
가구소득	0.16(0.11)	0.19(0.17)	0.16(0.02)***	0.17(0.03)***
가구형태	0.03(0.09)	0.15(0.15)	-0.03(0.02)*	0.05(0.03)*
동거여부	-0.77(0.71)	1.48(1.17)	-0.01(0.04)	-0.01(0.06)
거주지역	-0.08(0.08)	0.15(0.14)	-0.04(0.01)**	-0.09(0.02)***
장애여부	-0.15(0.09)*	-0.06(0.14)	-0.04(0.02)**	-0.02(0.03)
건강상태	-0.02(0.07)	0.01(0.11)	-0.07(0.01)***	-0.04(0.01)***
2016년 전반적 만족도	0.2(0.06)**	0.39(0.06)***	0.09(0.01)***	0.33(0.01)***
2016년 가족관계 만족도	0.06(0.03)*	0.15(0.1)	0.26(0.01)***	0.26(0.02)***

다중회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다. PSM의 경우 t-test 결과와 마찬가지로 2017년 노인장기요양보험을 이용한 가족 구성원이 있는지의 여부는 2017년의 전반적 만족도와 가족관계 만족도에 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 즉 회귀계수 자체는 노인장기요양보험을 이용한 가구원이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 가구원들의 전반적 만족도와 가족관계 만족도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 그 수치는 유의미하지 않았다.

또한 역확률 가중치 분석 역시 2017년 노인장기요양보험을 이용한 가족 구성원이 있는지의 여부가 2017년의 전반적 만족도와 가족관계 만족도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 각각 $p < 0.05$, $p < 0.1$ 수준에서 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타나 이 또한

실험집단과 통제집단의 전반적 만족도와 가족관계 만족도 평균을 비교한 결과 모두 실험집단의 평균이 더 낮은 것으로 나타난 t-test 결과와 맥락을 같이 하고 있다.

Abstract

Effects of Long-term Care Insurance for Quality of Life

Lee, Hyun-Ju

Department of Public Administration

The Graduate School of Public Administration

Seoul National University

Long-term Care Insurance provides long-term care benefits such as supports for physical activity, housekeeping, etc. to elderly people who are unable to perform their daily lives for 6 months or more due to their age or geriatric diseases. The ultimate goal of the program is to improve the quality of life of the people, that is, the elderly users and their family members.

In order to evaluate the program effects of the Long-term Care Insurance, this study sets up the research hypothesis on whether the quality of life of the elderly users and their family members have been improved, since it is the final goal of the program. In order to test the hypothesis, the Korean Welfare panel data has been used. The members of the household with at least one user of the long-term care insurance in 2017 are set as the experimental group. The household members without any users of the program in year 2017 are set as the control group. Then t-test analysis was carried out to see whether any difference in overall satisfaction and family life satisfaction existed between the two groups.

In order to reduce selection bias, experimental group and control group were constructed using propensity score matching (PSM) and inverse probability treatment weighting (IPTW) method.

The results of the analysis showed that there was no significant

difference in overall satisfaction and family satisfaction when the experimental group and the control group were composed by propensity score matching. However, with the inverse probability treatment weighting method applied, the overall satisfaction and family satisfaction of the experimental group were significantly lower than those of the control group. This is consistent with previous studies.

In order to investigate the causes of these outcomes and to provide a more comprehensive evaluation of the program, program logic model was used to analyze the Long-term Care Insurance.

As a result, the reasons for the overall satisfaction and the satisfaction of family relation being lower in experimental group were found as follows. First, as suggested by several previous studies, the life satisfaction and family satisfaction might have been higher when the elderly were not using the Long-term Care Insurance Service. It is likely that they prefer informal care of family and friends to formal care because they value emotional empathy with their relationships with those who provide care. Also, the elderly who are currently using Long-term Care Services for may be unhappy about the fact that they are receiving care by a third party rather than family members, as they are familiar with traditional family care system.

The second interpretation is that the effects expected by the Long-term Care Insurance may not be shown due to various problems of the program. In other words, according to the logic model of the program, it can be said that the quality of services provided to the elderly and their family members of the user may not be provided. Due to the poor working environment of caregivers, it might be difficult for them to provide service of high quality. In addition, since most of the facilities and home care institutions are small in size, there is a high possibility that high quality services are not provided. These factors can be expected to have a negative impact on the quality of life of the elderly and their family members, that is, overall satisfaction and family relationship satisfaction.

The academic significance of this study are as follows. First, the latest data available were used after 10 years of the long – term care insurance have been implemented. Second, propensity score matching and inverse probability treatment weighting method were applied in order to obtain the homogeneity of the control group and the experimental group. Third, additional analysis using program logic model was carried for more comprehensive evaluation of the program. Through further study, in–depth analysis based on different service hours, service type, etc. are suggested.

Keywords : Long–term care Insurance, Quality of life, Overall life satisfaction, satisfaction of family life, Program logic model, program effect

Student Number : 2016 – 28378